


COLL. REG. MED. LOND.
MDXVIII
Ο ΒΙΟϹ
ΒΡΑΧΥϹ Η
ΔΕ
ΤΕΧΝΗ
ΜΑΚΡΗ

RECHERCHES

SUR L'INFLAMMATION

DE

L'ARACHNOÏDE

CÉRÉBRALE ET SPINALE.

RECHERCHES
SUR L'INFLAMMATION
DE
L'ARACHNOÏDE
CÉRÉBRALE ET SPINALE,
OU
HISTOIRE THÉORIQUE ET PRATIQUE
DE L'ARACHNITIS.

Par PARENT-DUCHATELET,
Chevalier de la Légion-d'Honneur, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Membre adjoint de l'Académie Royale de Médecine, et Médecin des dispensaires;

Et L. MARTINET,
Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, Membre de l'Athénée de Médecine, de la Société de Médecine pratique, de la Société de Médecine de Toulouse, de l'Académie I. et R. de Florence, etc.

Avec un Rapport fait à l'Institut de France,

Par MM. Portal, Pelletan, Hallé et Dumeril.

1821.

A PARIS,
CHEZ GABON ET COMPAGNIE, LIBRAIRES,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.
1825.

EGREGIIS

ORNATISSIMISQUE ARTIS MEDICÆ ANTISTITIBUS

HALLE

IN PARISIENSI ACADEMIA ANTECESSORI

NECNON IN GALLICO SCIENTIARUM INSTITUTO SEDENTI

OB HYGIENÆ LEGES POSITAS ANTE OMNES INCLYTO

ET

C. RECAMIER

HOSPITII DEO SACRATI PRESULI

MORBORUM INTRA CEREBRALES RECESSUS LATENTIUM

NONDUMQUE ANTEA EXPLORATORUM SEDULO INDAGATORI

HOC PRIVATUM PUBLICÆ LAUDIS TESTIMONIUM

MEMORES DICAVERE

L. MARTINET ET *PARENT-DUCHATELET.*

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Le Secrétaire perpétuel de l'Académie, pour les sciences naturelles, certifie que ce qui suit est extrait du procès-verbal de la séance du samedi 21 *mars* 1821.

Nous avons été chargés de rendre compte à l'Académie d'un ouvrage manuscrit qui lui a été présenté par MM. Parent et Martinet, docteurs en médecine; et qui a pour titre : *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale.*

L'inflammation qui fait le sujet de cet ouvrage a été désignée par la dénomination *d'arachnitis*. L'arachnoïde est en effet, comme toutes les membranes séreuses, susceptible d'être affectée d'inflammation, ou dans les différentes régions de l'encéphale qu'elle recouvre, ou dans le prolongement rachidien qu'elle revêt également; elle peut exister essentiellement et indépendamment de toute affection; elle peut aussi entraîner à sa suite des altérations profondes de la pulpe cérébrale même; elle peut encore se développer au milieu de maladies différentes dont elle augmente alors considérablement le danger. De quelque manière qu'elle

se montre, elle constitue toujours une maladie d'autant plus grave que la céphalalgie particulière qui la caractérise peut plus aisément et plus long-tems être confondue avec des maux de têtes ordinaires, et que lorsque le développement du mal ne permet plus aucune équivoque, la maladie est souvent parvenue à un degré qui laisse peu de ressources à l'art, et ne lui présente presque plus d'espoir de succès.

Il est donc bien essentiel de la distinguer dès l'origine, des affections moins redoutables avec lesquelles il serait dangereux de la confondre.

C'est dans cette intention que MM. Martinet et Parent ont entrepris les recherches qu'ils ont soumises à notre examen; ils ne se sont occupés que de cas où l'arachnitis existait comme maladie principale et primitive. C'est dans cet état qu'on en peut saisir plus facilement les vrais caractères, et établir son diagnostic d'une manière plus propre à en écarter les incertitudes. On connaît beaucoup d'observations sur l'inflammation de l'arachnoïde; mais nous ne connaissons pas d'ouvrage où elles soyent réunies et comparées de manière à remplir le but spécial qu'on s'est proposé dans le travail dont nous allons présenter l'analyse.

Après un court exposé de l'anatomie, et de la physiologie de l'arachnoïde, les auteurs traitent de l'inflammation de cette membrane observée d'abord sur l'encéphale, et ils en tracent d'après leurs observations, toute l'histoire.

Cette histoire comprend la description de la maladie, son anatomie pathologique, la théorie de ses

symptômes ou sa physiologie pathologique, les moyens employés dans son traitement ; à la suite de cette histoire les auteurs ajoutent une série d'observations qui correspondent à ses différentes parties, qui en appuyent tous les détails, et qui font connaître différentes variétés de cette maladie ; c'est ce qu'ils appellent clinique de l'arachnitis cérébrale ; enfin le dernier chapitre contient une histoire moins étendue de l'arachnitis spinale, et plusieurs observations qui en offrent des exemples.

Notre intention n'est pas de présenter ici tous les détails de ce travail ; nous nous occuperons seulement de faire connaître l'esprit dans lequel il a été entrepris, les résultats auxquels les auteurs sont arrivés et par quelle voie ils y sont parvenus.

Leur ouvrage, dont il y a plus de huit mois que l'un de nous avait déjà pris connaissance, est le résultat de la comparaison de cent quarante deux observations choisies parmi un plus grand nombre d'autres, qui n'eussent fait que confirmer les mêmes conséquences, sans y rien ajouter de particulier.

Presque toutes ont été faites dans les hôpitaux, particulièrement à l'Hôtel-Dieu, sous les yeux de M. Récamier, et à l'Hospice des enfans, traitées par M. Jadelot et par feu M. Nysten ; elles ont été ou recueillies au lit des malades par les auteurs eux-mêmes et vérifiées sur les registres et les notes de la visite, et c'est la plus grande partie ; ou communiquées par d'autres observateurs assez connus pour qu'on pût avoir une entière confiance dans leur exactitude.

Plusieurs ont été données aux auteurs, par M. Récamier, lui-même, et par Mr. l'Herminier. Un petit nombre a été emprunté à des observateurs célèbres tels que Morgagni. Les noms des auteurs ont constamment été joints à chacune des observations. Toutes celles qui ont eu pour terme une fin malheureuse, et c'est de beaucoup le plus grand nombre, sont accompagnées des détails de l'ouverture des corps, et présentent la comparaison des lésions avec les symptômes observés pendant la maladie. Quelques-unes de ces ouvertures ont été faites lorsque les malades, guéris quelque tems auparavant de la maladie qu'on a dû regarder comme une arachnitis, ont succombé ensuite à une autre maladie : dans les cas de cette nature on a pu voir les traces de la maladie éteinte, c'est-à-dire les altérations organiques qu'elle a laissées après elle, et on a pu constater leur rapport avec les symptômes observés pendant la maladie, en les comparant avec les autres ouvertures faites immédiatement après des arachnitis terminées par la mort. Sur ces observations les auteurs ont dressé un nombre assez considérable de tableaux de comparaison, propres à faire connaître la mesure d'influence des causes extérieures, des sexes et des âges, sur le développement de la maladie, les différentes proportions de sa durée, et les rapports de ces proportions avec l'âge des sujets qui en sont atteints; les régions de l'arachnoïde le plus généralement affectées; les rapports de ces régions avec les âges où la maladie se développe; la fréquence de certains

symptômes, tels que ceux qui intéressent la vue ou les organes du mouvement, et leurs rapports avec les régions sur lesquelles s'est portée l'inflammation ; et dans tous ces tableaux on a eu soin de distinguer en deux colonnes, les arachnitis où l'inflammation a été, ou non, suivie de suppuration. Chaque tableau est dressé sur un nombre d'observations qui s'élève à 116 ou 118. Ce nombre est exclusivement formé par les seules observations assez complètes dans tous les détails, soit de la maladie, soit de l'ouverture, pour que rien n'ait pu échapper d'essentiel ou d'utile aux conséquences qu'on en devait tirer.

Nous allons présenter les résultats les plus essentiels de ces comparaisons :

1°. Les causes accidentelles qui peuvent donner lieu à l'arachnitis, ne sont pas souvent aisées à connaître dans les hôpitaux.

Sur 116 individus, il y en a cinquante-quatre sur lesquels on n'a pu rien apprendre ; sur le reste, 21 sont tombés dans l'état de maladie à la suite de percussion, et surtout de fortes commotions. Sur 17, les circonstances antécédentes n'offraient point un rapport direct avec la maladie ; dix en ont été atteints au milieu d'affections tristes ; six en ont été attaqués à la suite de flux ou d'éruptions supprimées, ou par des métastases. Une cause qui, sans doute, à la campagne aurait eu plus souvent part à l'arachnitis est l'insolation ; mais on n'en a observé ici que deux exemples ; une fois l'arachnitis s'est trouvée jointe à un cas d'hydrophobie.

2°. Le nombre d'observations d'arachnitis comparé

entre les hommes et les femmes, a été trouvé triple chez les premiers, c'est-à-dire dans le rapport de 88 à 28.

3°. Pour les âges, les auteurs n'ont pas pris de divisions numériquement régulières; ils ont préféré les tirer des époques marquées par les révolutions les plus remarquables de la vie; ils divisent l'enfance en trois périodes, de la naissance à 5 ans, de 5 à 8 et à 14; l'adolescence en deux, de 15 à 21 et à 30; l'âge adulte en deux, de 31 à 40 et à 60; la vieillesse de 61 à 80. En adoptant ces divisions sur 116 observations d'arachnitis cérébrale, il y en a 44 dans le cours de l'adolescence, 38 dans l'âge adulte, et 29 pour l'enfance. Dans l'enfance, le plus grand nombre a lieu de 9 ans à 14; ce nombre est de 15 malades. Le moindre nombre est de 5, il a eu lieu de la naissance à l'âge de 5 ans. Dans les deux divisions de l'adolescence, le plus grand nombre se trouve dans la première, c'est-à-dire de 15 ans à 21; ce nombre est de 34. Les 38 observations faites sur les adultes se trouvent partagées également entre les deux divisions de cette époque; il y en a 19 pour chacune. Il n'y a que 5 observations sur des vieillards.

4°. La durée de la maladie est moindre ou plus longue selon la violence de l'inflammation; et cette violence a aussi ses rapports avec les différentes circonstances dans lesquelles la maladie se développe. Les auteurs ont divisé cette durée conformément aux observations, en intervalles de quatre et de sept jours; la durée la plus ordinaire des arachnitis ob-

servées, s'est trouvée entre sept et dix ou onze jours. Vingt-six observations l'ont donnée de sept, vingt-trois de dix à onze; il y en a dix-sept qui n'ont pas passé le quatrième; dix-neuf ont duré jusqu'au dix-septième et au dix-huitième; quatorze ont fini au deuxième septenaire; dix se sont prolongées jusqu'au vingt-unième jour, et trois seulement n'ont été terminées qu'au trente-unième; le nombre total de ces observations est de 116.

5°. Si l'on compare ces différentes durées aux âges des malades, on trouve que les plus aiguës, c'est-à-dire celles dont la durée est la plus courte, et est comprise dans l'espace de sept jours ou moins, sont dans un nombre qui suit une progression croissante suivant la succession des âges compris entre cinq ans et soixante; ainsi on en trouve trois pour l'âge de 5 à 8; quatre pour les âges de 9 à 14 et de 15 à 21; six pour l'âge de 22 à 30; neuf de 21 à 40, et treize de 41 à 60; le tableau qui donne ce résultat est dressé sur 118 observations.

Mais il y a une observation importante à faire sur ces durées. Si on les compare avec la succession des symptômes qui les remplissent, on peut et on doit les partager en trois périodes.

La première que l'on peut nommer celle de l'*excitation* est marquée spécialement par la céphalalgie dont le caractère spécial est d'être fixe, plus ou moins circonscrite et profonde; elle s'associe souvent des vomissemens sympathiques et un état fébrile qui n'est pas toujours très-apparent. Dans la seconde qui est celle

de *l'inflammation constituée*, la douleur plus forte est accompagnée ordinairement de mouvemens spasmodiques, surtout des membres thoraciques, et très-souvent d'un trouble dans les facultés intellectuelles; la troisième période que les auteurs désignent par l'expression de *collapsus*, présente pour caractères un affaissement général, un état comateux, l'abolition des sens, la perte du mouvement par une paralysie, ou générale ou locale.

Quand la maladie est très-aiguë, c'est-à-dire quand sa marche est très-accélérée, il est impossible d'en bien distinguer les périodes, et le délire et même l'état comateux se montrent quelquefois dès le début. Alors il est très-difficile de reconnaître les caractères propres de la maladie; mais aussi elle est presque inévitablement mortelle.

Quand la maladie au contraire, marche lentement, les symptômes de son invasion sont si faibles, qu'elle est aisément et long-tems méconnue; il y a peu ou point de fièvre notable, l'état ambigu du malade, semble tenir le milieu entre la santé et la maladie; la céphalalgie est souvent prise pour un mal de tête ordinaire, dont on ne s'occupe pas d'une manière efficace, quoiqu'une attention plus scrupuleuse puisse en faire sonpçonner la nature, et la maladie qui dans cet état pourrait être plus facilement arrêtée, fait insensiblement sous ces apparences trompeuses, des progrès qui la rendent insurmontable.

C'est ce qui fait que les auteurs, dans l'exposé des symptômes, insistent principalement sur ceux qui ac-

compagnent l'invasion, parce que c'est à-peu-près la seule période de la maladie pendant laquelle on puisse se promettre de l'attaquer avec succès. Or, on sent, d'après cet exposé, combien ces succès doivent être rares dans les hôpitaux, où les malades sont rarement apportés dans le début de la maladie, lorsque sa marche n'est pas trop rapide.

Les auteurs présentent six observations dans lesquelles se rencontrent les principales variétés ou de régularité ou d'irrégularité dans la succession des périodes de l'arachnitis. Ils classent ensuite méthodiquement selon les différentes fonctions intéressées, les divers phénomènes que présente cette maladie, depuis son invasion jusqu'à la guérison ou la mort.

Cette exposition est suivie de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire de l'investigation, faite à l'ouverture des corps, des altérations éprouvées par les organes, en conséquence de l'inflammation de l'arachnoïde; ces altérations consistent dans la rougeur, dans l'épaississement ou l'augmentation de densité de la membrane avec perte de sa transparence, dans les exsudations qui recouvrent ses surfaces et qui sont purulentes, séroso-purulentes, séroso-gélatineuses, ou même gélatineuses, dans les fausses membranes, dans les épanchemens, les adhérences, les granulations.

Ces altérations observées sur les cadavres, et sur les différentes régions de l'encéphale, rapprochées des circonstances dans lesquelles a eu lieu la maladie ou des symptômes divers qu'elle a présentés, donnent lieu de former de nouveaux tableaux comparatifs,

dont nous allons aussi indiquer les principaux résultats.

6°. Un premier tableau, le sixième de tout l'ouvrage, comprend les lésions observées sur différentes régions de l'arachnoïde, et le nombre comparé d'observations dans lesquelles ces régions ont été intéressées. Sur 117 observations, 91 ont montré les traces de l'inflammation de l'arachnoïde étendues sur la convexité de l'un et l'autre hémisphères, et vingt-six seulement où ces traces étaient bornées à la convexité d'un seul. Dans cinquante-six, l'inflammation s'était étendue sous la base du cerveau; dans dix-neuf, sur la convexité du cervelet; dans quatorze, aux parois de la cavité des ventricules latéraux; dans neuf, à la protubérance annulaire; dans cinquante-six observations, l'inflammation avait été suivie d'épanchement dans un des ventricules ou dans les deux; dans quinze, cet épanchement était à la surface même du cerveau.

On a observé dans quarante-huit malades des lésions de la pulpe cérébrale ou de celle du cervelet, telles que ramollissement de ces pulpes, etc. réunies avec les traces qui caractérisaient l'inflammation de l'arachnoïde; enfin les cas où cette inflammation a été suivie de suppuration, forment dans ce tableau ainsi que dans tous les précédens, une colonne spéciale dont le résultat forme toujours plus des deux tiers de la somme des observations réunies.

7°. Les régions affectées d'inflammation ne sont pas dans des rapports indifférens avec les âges dans lesquels la maladie se déclare. Les arachnitis à la base

du cerveau se sont trouvées beaucoup plus fréquentes que celles des autres régions dans les enfans au-dessous de sept ans, dans la proportion de 10 malades sur 15. Dans les âges de 7 à 14 ans, les inflammations de la base, ou de la base et des convexités ensemble, comparées à celles de la convexité seule, ont été dans la proportion de 13 sur 16. Dans la totalité des individus de ces deux âges; elles ont été dans la proportion de 24 sur 31. Chez les adultes au contraire le plus grand nombre des inflammations a été porté sur les convexités seules; sur 76, elles ont été au nombre de 46. Il y en a eu 21 sur la convexité et la base réunies, il n'y en a eu que 8 sur la base seule. Il ne s'est trouvé en tout que deux observations d'inflammation des seules ventricules.

8°. Après avoir caractérisé les différentes lésions observées à la suite de l'arachnitis, et leurs relations générales avec le développement de cette maladie, il restait à établir les relations spéciales des symptômes plus ou moins prédominans dans ses différentes variétés avec les régions affectées et le genre d'altération qu'elles ont présenté dans les ouvertures. C'est ce que les auteurs ont fait autant qu'il leur a été possible, dans l'article auquel ils ont donné le titre de *physiologie pathologique de l'arachnitis*; en voici les principaux résultats.

Un des organes sur lesquels les effets de l'arachnitis se font voir d'une manière très-remarquable est l'*œil*. La contraction ou la dilatation des pupilles, des deux ensemble ou d'une seule, l'alternative entre

leur dilatation et leur contraction, la rotation du globe des deux côtés ou d'un seul, le strabisme double ou simple, sont des symptômes fréquens dans l'arachnitis. La comparaison du nombre d'observations où ces divers symptômes ont eu lieu, n'a donné aucun résultat suffisamment constant, excepté celui de la rotation du globe que les auteurs n'ont jamais observé, qu'à l'ouverture ils n'aient rencontré une suppuration établie. Quant aux autres symptômes, le *coma* a été observé surtout dans les enfans et particulièrement quand l'arachnitis occupait la base du cerveau. Le *délire* paraît plus spécialement lié à l'inflammation de l'arachnoïde des convexités; la *céphalalgie*, quand elle n'est pas masquée par le *coma* ou par le délire est un symptôme constant de l'arachnitis; mais son siége apparent ne répond pas constamment à la région enflammée. L'*hémiplégie* accompagne plus souvent l'arachnitis, lorsqu'elle dépend d'une cause externe; elle occupe constamment le côté du corps opposé à celui de l'épanchement, mais elle n'en est pas une suite nécessaire dans les épanchemens partiels. Les *convulsions* ont en général lieu du côté opposé à la paralysie et du même côté que l'inflammation. Enfin les *vomissemens* sympathiques sont un symptôme qui accompagne très-communément l'invasion de l'arachnitis et qui se montre dans toutes ses variétés, quelle que soit la région que l'inflammation affecte spécialement.

Nous nous permettrons une remarque relative à ce dernier phénomène, sur lequel nous avons quelque raison d'appeler d'une manière spéciale l'atten-

tion des auteurs du traité dont nous entretenons l'Académie. En parcourant les observations réunies dans leur ouvrage, nous avons vu par l'ouverture des corps, que dans un grand nombre de cas où les vomissemens sympathiques s'étaient le plus fortement prononcés, les organes de la digestion montraient aussi quelques traces de phlogose et même un commencement d'inflammation prononcée. Voici un exemple bien remarquable de l'intensité de cet effet dont l'un de nous a été le triste témoin. La violence de l'arachnitis qui l'a offert et la rapidité de sa marche furent telles, qu'elle arriva à son terme en 24 heures. Le malade qui se livrait avec une excessive activité à la pratique de la chirurgie et des accouchemens, en fut saisi subitement, et dès le début il s'écriait que la base du crâne était chez lui le siége d'une extrême douleur et d'une vive inflammation. Bientôt les vomissemens s'établirent, et presque aucun liquide ne touchait son estomac sans être immédiatement rejeté; toujours il indiquait la base du crâne comme le siége de son mal. On ouvrit successivement toutes les veines des membres. Le sang en jaillissait un instant et il se sentait soulagé, mais aussitôt l'intensité de la douleur arrêtait le sang, que dès-lors il était impossible de faire couler de nouveau: la jugulaire n'en donna pas davantage. Une quantité de sangsues fut appliquée au cou, elles soulagèrent un instant, elles tombèrent et ne firent couler que peu de sang. La glace et l'eau la plus froide ne produisirent pas un soulagement plus durable. La vingt-quatrième heure mit fin au tourment et à la vie du ma-

lade. A l'ouverture on trouva toute l'arachnoïde, tant des convexités que de la base, opaque, épaisse de plus d'une demi-ligne ; la surface supérieure du cerveau était fort ramollie; il y avait très-peu d'épanchement à la base du crâne et presque point dans les ventricules. La totalité de cette sérosité qui n'était point purulente n'excédait point quelques gros. Les viscères de la poitrine étaient en très-bon état. La saillie que faisait la diaphragme du côté du thorax nous annonçait un désordre vers l'épigastre ; nous trouvâmes l'estomac distendu et rouge, mais surtout le duodenum entier très-dilaté et d'une rougeur extrêmement foncée et pourpre.

Si les douleurs aiguës rapportées dès les premiers instans à la base du crâne, si l'ordre dans lequel les vomissemens ont succédé et l'altération générale de l'arachnoïde n'eussent pas fixé nos idées sur le point de départ de la maladie, nous aurions été très-incertains sur l'organe primitivement affecté. D'ailleurs, nous avions été trois mois auparavant, tristement instruits par un exemple peu différent. La maladie cette fois avait eu une durée de soixante heures. Elle avait débuté pendant une demi-journée par des douleurs profondes et extrêmement vives de la région occipitale. Douze heures après, les vomissemens spasmodiques s'établirent. Ici, les saignées purent être faites avec abondance, mais ne furent suivies que d'un soulagement passager. L'application de la glace sur la tête modéra les souffrances et donna quelque espérance ; mais l'état comateux succéda, et nous eûmes la douleur de

voir périr le malade vers la soixantième heure : il ne nous fut pas possible d'obtenir l'examen du corps ; mais la parfaite similitude des symptômes, partagés seulement sur un espace de tems plus considérable, et par-là plus distincts et dans un ordre de succession plus aisé à apprécier, nous a fait juger avec plus d'assurance, la nature de la terrible maladie qui a été l'objet de notre première observation.

Ce n'est pas une chose nouvelle que cette correspondance sympathique entre les lésions de la tête et celles de l'estomac, elle s'observe tous les jours dans celles qui sont déterminées par des causes externes ; mais il est rare de voir une irritation sympathique, s'élever au degré de violence dont nous avons été témoins. Comme les observations contenues dans l'ouvrage dont nous rendons compte, contiennent un grand nombre d'exemples de ce phénomène, porté à la vérité à un degré bien moindre, nous avons cru qu'il n'était pas hors de propos de présenter ici un exemple de la mesure extrême à laquelle il peut s'élever dans l'arachnitis la plus aiguë.

Dans l'article du traitement, les auteurs n'ont pu être qu'observateurs passifs. C'est principalement sous la conduite de M. Récamier à l'Hôtel-Dieu, de feu M. Nysten et de M. Jadelot à l'hospice des enfans, que les malades ont été soumis au traitement que leur état exigeait. D'après ce que nous avons dit de la marche de la maladie, et de l'état dans lequel les malades arrivent ordinairement à l'hôpital, on conçoit que les secours les mieux administrés ont dû rarement

être utiles. Les saignées générales ou locales, ou les unes et les autres successivement, selon l'intensité de l'inflammation et la constitution des malades; les moyens de révulsion par les pédiluves, les sinapismes, les épispastiques; les applications froides à la suite des saignées; les précautions relatives aux choses environnantes, aux boissons et au régime; les affusions froides, le tems et les circonstances qui les indiquent, le degré de leur température et la manière de les administrer, indications déduites des effets de tous ces moyens, sont exposés d'après les journaux du traitement, et accompagnés d'observations. Seize cas de guérisons sont rapportés, et parmi eux il s'en trouve un, où le malade ayant ensuite succombé à un autre maladie, les traces laissées par l'inflammation antérieure ont pu être évidemment reconnues à l'ouverture du corps.

Le chapitre dernier qui traite de l'arachnitis spinale, n'a pas à beaucoup près, l'étendue de celui qui est consacré à l'arachnitis cérébrale. Les auteurs n'ont pu obtenir la communication des observations qui auraient présenté des exemples de l'arachnitis spinale simple. Celles qu'ils ont eu occasion de recueillir et dans lesquelles l'ouverture a présenté des preuves d'une inflammation de l'arachnoïde dans le canal vertébral, ont toujours été pendant la maladie, accompagnées de symptômes d'un arachnitis étendue à quelques-unes des régions de l'encéphale, et en ont présenté des traces à l'ouverture des corps. C'est donc en faisant déduction des symptômes propres à l'arachnitis

encéphalique, que les auteurs ont pu conclure de leurs observations ceux de l'arachnitis spinale. Ces symptômes sont principalement de deux ordres, comme ceux de l'arachnitis cérébrale, l'un est une douleur fixe, persévérante, profonde, répondant en général au rachis ou à quelques-unes de ses régions, ainsi que la céphalalgie dans l'arachnitis cérébrale; l'autre consiste de même dans des symptômes spasmodiques, et ici c'est la rigidité presque tétanique du tronc, ou sa courbure en arrière formant un véritable opisthotonos. A ces symptômes ont ordinairement répondu des épaississemens, des rougeurs de l'arachnoïde spinale, ou des épanchemens rougeâtres dans le canal vertébral.

Dans une des observations rapportées, l'*opisthotonos* succéda à une blessure de l'aponévrose plantaire, et quoique le lieu de la lésion ne présentât point de signe d'une vive inflammation ni d'une suppuration étendue, l'opisthotonos eut une issue funeste, et l'arachnoïde fit voir des traces évidentes d'inflammation.

Cette observation et quelques autres donnent lieu de mettre en question s'il existe réellement un opisthotonos purement spasmodique, et si le tétanos trau matique lui-même n'est pas dû souvent à une arachnitis spinale, sympatiquement produite à la suite d'une lésion aponévrotique. Beaucoup d'observations porteraient à croire que la chose est ainsi, et c'est surtout dans les colonies américaines que l'on peut résoudre définitivement ce problême.

Tel est l'ouvrage présenté à l'Académie par MM. Parent et Martinet. Nous y avons remarqué un esprit

d'exactitude et de précision digne de louange. Cet esprit est également remarquable dans un certain nombre de dissertations publiées depuis quelques années par de jeunes médecins, que nos écoles modernes ont droit de se glorifier d'avoir vu naître dans leur sein, et se former sous leur influence.

Le travail dont nous venons de donner l'analyse, nous paraît pouvoir contribuer à perfectionner la connaissance et le diagnostic, souvent bien difficiles, d'une maladie très-importante à bien caractériser, et par conséquent à assurer le succès de son traitement.

Nous pensons que cet ouvrage mérite d'être accueilli par l'Académie et d'être honoré de son approbation.

Signé PORTAL, DUMÉRIL, PELLETAN.

HALLÉ, *Rapporteur.*

L'Académie approuve le rapport, et en adopte les conclusions.

Certifié conforme à l'original.

Le Baron G. CUVIER.

PRÉFACE.

Guidés dès nos premiers pas dans l'étude des sciences médicales, par des maîtres sages et habiles que leurs travaux et leur savoir ont placés à la tête des médecins les plus célèbres de nos jours, nous nous livrâmes de bonne heure à l'observation, dans les hôpitaux de la capitale, qui fournissent pour l'étude, des ressources et des facilités que l'on chercherait inutilement ailleurs.

En suivant cette marche dont les bons esprits de tous les tems ont reconnu l'excellence, et qui seule a fait passer jusqu'à nous et rendu classique le petit nombre des ouvrages fondés sur ces principes, il nous fut facile de vérifier ce que les anciens avaient dit sur la marche et les signes extérieurs des maladies, sur la valeur de chaque symptôme relativement au pronostic, et de nous mettre au niveau des connaissances nouvellement acquises

sur les altérations organiques des différens viscères, sur les diverses phlegmasies des membranes et des parenchymes, et sur ces mêmes phlegmasies passées à l'état chronique, déterminant alors des accidens d'une forme particulière, dont la véritable cause a été si long-tems méconnue.

Si cette méthode nous fut utile pour apprécier les travaux de ceux de nos contemporains, qui marchant sur les traces des Baillou, des Sydenham et des Morgagni, ont par leurs écrits immortels, si puissamment contribué à reculer les bornes de la science et commencé pour elle une époque remarquable, elle nous servit aussi à reconnaître qu'elle n'était pas également avancée sous plusieurs rapports, et que plus d'un sujet important avait encore besoin d'être éclairci.

En effet, malgré les recherches des anatomistes modernes, malgré les ouvrages estimables que nous possédons sur quelques maladies de l'appareil cérébral, et en particulier sur l'apoplexie que l'on peut regarder comme parfaitement connue, nous devons convenir

que ces affections ont été un peu négligées jusqu'à ce jour, et que beaucoup d'obscurité règne encore sur la plupart d'entr'elles.

Un sujet si intéressant par lui-même et surtout par les conséquences qui doivent nécessairement en résulter pour la médecine pratique, était bien capable de piquer notre attention; aussi en avons nous fait l'objet spécial de nos recherches, comme étant le seul moyen d'acquérir sur ce point des connaissances, que, de l'aveu même de nos maîtres, nous ne pouvions puiser qu'imparfaitement dans les livres.

Ce travail suivi sans interruption pendant plusieurs années, au milieu des circonstances les plus favorables pour l'étude de ce genre d'affections qui se trouvent, pour ainsi dire, accumulées à l'Hôtel-Dieu, hôpital que nous avons plus volontiers fréquenté, nous laisse en possession d'une masse considérable de faits observés chez des sujets de tous les âges, de tous les sexes, de toutes les professions, et soumis aux causes les plus variées.

Riches de ces matériaux dont la plupart

ont été recueillis par nous-mêmes, et dont quelques-uns nous ont été communiqués par nos confrères, nous nous occupons depuis long-tems, d'en faire l'analyse, de les rapprocher, et d'en tirer des conclusions générales.

Dans l'examen et le résumé de ces observations dont nous pouvons garantir l'exactitude, ayant eu le soin d'écarter toutes celles qui nous ont paru tant soit peu défectueuses, nous nous sommes scrupuleusement attachés à bannir tout système et toute hypothèse, afin de ne donner que le résultat des faits. Ainsi, dans les objets que nous traitons, nous exposons avec franchise ce qu'il y a d'inconnu, ce qu'il y a de faux, ce qu'il y a de douteux, ce qu'il y a de certain. Si cette marche est monotone et peu attrayante, elle a du moins l'avantage d'être conforme à celle qui est adoptée dans toutes les sciences physiques, et puisqu'il est reconnu que ces sciences lui doivent les progrès immenses qu'elles ont faits depuis quelques années, pourquoi ne l'adopterait-on pas en médecine, cette belle partie de l'histoire naturelle qui doit marcher de pair, maintenant,

avec les sciences exactes? Si tous ceux qui cultivent la médecine suivaient cette marche, leur art ne resterait point stationnaire, les travaux de l'un seraient une pierre d'attente pour recevoir ceux d'un autre, et lorsque l'édifice fondé d'une manière solide serait arrivé à la perfection, chacun aurait sa part dans la gloire du travail.

Nous allons exposer l'ordre dans lequel doivent être distribuées, suivant nous, les maladies cérébrales, en y comprenant celles du rachis qui n'est qu'une dépendance du cerveau.

Nous distinguons les maladies de l'appareil cérébral en deux classes, 1°. les maladies des enveloppes cérébrales; 2°. les maladies de la pulpe cérébrale.

Dans les maladies des enveloppes, tant du cerveau que du rachis, nous reconnaissons celles :

De la dure-mère.

De l'arachnoïde.

De la pie-mère.

Nous croyons pouvoir renfermer dans les cinq divisions suivantes, les maladies qui qui sont susceptibles d'affecter chacune de ces membranes :

1°. Les congestions;

2°. Les exhalations, séreuses et sanguines.

3°. Les hémorragies.

4°. Les inflammations.

5°. Les affections organiques.

Dans les maladies de la pulpe, soit du cerveau, soit du cervelet, soit de la moëlle épinière, nous reconnaissons comme aux membranes :

1°. Les congestions.

2°. Les hémorragies.

3°. Les inflammations.

4°. Les lésions organiques.

5°. Les commotions.

6°. Enfin, les névroses, ordre de maladies très-importantes, dont paraissent exemptes les enveloppes, et qui, sans y comprendre les

aliénations mentales qui ne doivent pas nous occuper, exigeront un travail assez étendu.

On sera peut-être surpris de nous voir interrompre l'ordre que nous avons suivi dans cette classification, en commençant par l'histoire de l'arachnitis ; mais l'obscurité dont cette maladie a été jusqu'ici enveloppée, sa fréquence, les dangers qu'elle fait courir à ceux qui en sont atteints, la difficulté que présente son diagnostic, et surtout le jour qu'elle peut jeter sur les autres affections cérébrales, sont des motifs plus que suffisans pour justifier la priorité que nous assignons à son étude.

Le travail que nous publions aujourd'hui sur l'arachnitis, est divisé en quatre chapitres.

Dans le *premier*, nous exposons tous les détails d'anatomie et de physiologie de l'arachnoïde, nécessaires pour aborder avec quelque avantage l'inflammation de cette membrane séreuse.

Le *second* est réservé à l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale ; nous y donnons en autant d'articles séparés :

1°. La description de la maladie.

2°. L'anatomie pathologique de l'arachnoïde.

3°. Sa physiologie pathologique, ou la théorie des divers phénomènes de l'arachnitis.

4°. Le traitement qui lui convient selon les circonstances et ses diverses périodes.

Le *troisième chapitre* est entièrement consacré à la partie clinique, c'est-à-dire, aux observations particulières.

Guidés par la voie de l'analyse, nous marchons du connu à l'inconnu, d'une lésion externe appréciable aux sens, à une lésion interne qui leur échappe; nous examinons d'abord l'arachnitis cérébrale dans sa forme la plus simple, dépendante d'une cause externe. Par une transition insensible, nous passons à des causes de moins en moins faciles à saisir, jusques à celles qu'il est impossible de déterminer; nous citons un certain nombre de faits dans lesquels cette phlegmasie étant débarrassée de toute complication, on peut se pénétrer, sans grande difficulté, des caractères qui lui sont propres.

Dans une seconde section, nous discutons la valeur du siége de cette inflammation, nous la présentons bornée à une seule région, à la convexité des hémisphères, à la base, dans les ventricules; nous examinons ses signes et les différences qui peuvent résulter de tel ou tel point enflammé (1), et après avoir mis en opposition avec ce tableau, des histoires d'arachnitis générales, nous donnons les conclusions pratiques qui en dérivent; enfin nous passons en revue certains symptômes particuliers à la phlegmasie de l'arachnoïde, et nous en assignons la valeur.

Dans le deuxième article du même chapitre, nous considérons l'arachnitis cérébrale comme compliquée avec des lésions non cérébrales. Il nous est facile de faire à chacune d'elle la part qui lui appartient, d'après les notions acquises dans l'article précédent.

---

(1) Cette différence des symptômes, selon les régions de l'arachnoïde enflammée, a été, nous le savons, déjà reconnue par Mr. Récamier; mais cette coïncidence d'opinion loin d'être une arme contre nous, milite au contraire en notre faveur. Il est bien flatteur, en exposant le résultat de ses recherches et d'une grande masse de faits, de se rencontrer avec un praticien aussi éclairé et aussi expérimenté.

Ce travail nous conduit naturellement à l'histoire des complications cérébrales, ce qui forme le sujet du troisième article; c'est alors que faisant usage des connaissances préliminaires, nous distinguons les caractères de l'arachnitis de ceux de ces diverses affections.

Dans le quatrième article, nous considérons tour-à-tour l'arachnitis cérébrale,

Dans sa forme latente,

Dans sa forme intermittente.

Enfin, comme susceptible de guérison; c'est ici que cette question est mise hors de doute, par les traces subséquentes de cette inflammation, chez des sujets qui succombèrent à la suite de nouvelles affections : là se termine le troisième chapitre clinique de l'arachnitis cérébrale.

Le quatrième et dernier chapitre renferme l'inflammation de l'arachnoïde spinale, maladie dont on ne trouve aucune observation dans les auteurs, et qui n'a jamais été décrite. Nous y donnons et discutons une partie des observations qui nous ont servi à composer son his-

toire, et nous posons les bases de son traitement.

Nous ne terminerons pas cet exposé, sans payer un juste tribut de reconnaissance à plusieurs de nos anciens condisciples qui nous ont puissamment secondés dans notre entreprise, en nous communiquant des faits précieux qu'ils avaient recueillis avec soin dans différens hôpitaux. C'est principalement à MM. Pavet, Legouais, Thibaut et Tavernier, que nous avons cette obligation, et surtout au docteur Deslandes, connu déja très-avantageusement par une Dissertation remarquable sur le sujet que nous traitons, et à qui nous témoignons ici notre gratitude d'une manière toute particulière.

Qu'il nous soit permis aussi de faire agréer nos remercîmens au savant et modeste professeur Mr. Récamier, qui a mis à notre disposition tous les faits qu'il possédait, qui a bien voulu nous servir de guide dès nos premiers pas dans le chemin difficile de l'observation, et qui n'a cessé, jusqu'à ce jour, de nous donner des preuves de sa bienveillance

et de son amitié. Tout le monde connaît les services éminens qu'il a rendus à la science, particulièrement sous le rapport des affections cérébrales, sur lesquelles il a le premier attiré l'attention et répandu la clarté.

Tel est le plan d'un travail pour lequel nous possédons beaucoup de matériaux, et dont nous publions aujourd'hui la première partie. Nous sommes encouragés dans nos efforts par plusieurs personnes auxquelles nous avons cru devoir soumettre ce traité dans le cours de l'année dernière, bien avant de le présenter à l'Institut. L'accueil favorable que cette société savante a bien voulu lui faire, est pour nous d'un heureux augure, et nous autorise à penser que nous n'avons pas tout-à-fait travaillé en vain.

Quelque soin que nous ayons apporté dans cette description de l'arachnitis, nous sommes loin, cependant, de la croire parfaite, nous en voyons les défauts et les imperfections, il en existe sûrement que nous n'apercevons pas, et sur lesquels nous nous faisons illusion : c'est pour ceux-là que nous sollicitons les avis

et les lumières des personnes qui voudront bien nous éclairer de leurs conseils. N'ayant d'autre désir que de connaître la vérité, nous ne redoutons pas la critique, nous la sollicitons même, bien décidés d'avance à redresser nos idées, quand on nous en démontrera la fausseté.

Quand notre travail n'aurait servi qu'à attirer l'attention des médecins sur un sujet si intéressant et si digne de leurs recherches, nous nous croirions amplement dédommagés de nos peines. Avant même de paraître, il a déjà en partie atteint ce but, puisque deux ouvrages importans ont été publiés depuis que le nôtre a été présenté à l'Institut, et qu'il en est encore plusieurs autres qui sont prêts à voir le jour. N'ayant jamais eu d'autre desir que le bien et l'avancement de la science, de quelque manière que cet avancement ait lieu, nos vœux seront comblés.

RECHERCHES
SUR
L'INFLAMMATION
DE L'ARACHNOÏDE
CÉRÉBRALE ET SPINALE.

CHAPITRE PREMIER.

Anatomie et Physiologie de l'Arachnoïde cérébrale et spinale.

Pour faciliter l'étude de l'arachnitis, et rendre plus intelligible la description des symptômes et des principaux accidens qui lui sont particuliers, nous avons pensé qu'il serait utile de rappeler sommairement les dispositions anatomiques les plus remarquables de l'arachnoïde, et d'y joindre quelques considérations physiologiques sur cette membrane, qui occupe un rang si important parmi celles de la même classe.

1. *Anatomie.* — L'arachnoïde est une des

trois membranes qui enveloppent le cerveau. Elle est mince, incolore, transparente, ne pouvant, sans se déchirer, se détacher des parties sur lesquelles elle est appliquée, continuellement humectée par une rosée lymphatique, et tellement disposée que, tout en recouvrant le cerveau à l'extérieur, elle tapisse encore les parois de ses cavités intérieures, et revêt toute la face interne de la dure-mère.

Sur le cerveau, l'arachnoïde est très-apparente à la convexité de ce viscère ; elle revêt d'abord les deux hémisphères, l'intervalle qui les sépare et le corps calleux ; en arrière elle se prolonge sur les lobes postérieurs, passe de leur face inférieure sur la face supérieure du cervelet, et se contournant sur sa circonférence, elle vient tapisser la face inférieure de ce viscère.

A la partie antérieure du cerveau, l'arachnoïde descend sur les lobes antérieurs et les enveloppe exactement ; sur les côtés elle passe du lobe antérieur sur le lobe moyen, sans pénétrer dans la scissure de sylvius, de manière à être très-apparente au-dessous de cette scissure. Dans le milieu, la membrane que nous décrivons, s'enfonce en haut, dans tout l'intervalle qui sépare les deux lobes antérieurs, et le laisse très-profond et très-apparent, tandis qu'en bas, elle ne s'enfonce ainsi que dans sa partie antérieure ;

dans les postérieures elle passe immédiatement d'un côté à l'autre, de telle sorte que l'on est obligé de déchirer l'espèce de pont qu'elle forme, pour pénétrer jusqu'au fond de la scissure.

2. A la base du cerveau, en quittant les lobes antérieurs, elle revêt d'abord les nerfs olfactifs, les optiques, la tige pituitaire, et, après avoir embrassé l'artère carotide interne, à laquelle elle forme, comme aux autres parties que nous venons d'examiner, une enveloppe membraneuse en forme de gaîne, elle se porte sur la protubérance cérébrale, et de là sur les parties inférieures du cervelet, sur les prolongemens postérieurs de la protubérance cérébrale, et sur le commencement de la moëlle épinière, en accompagnant toujours le cordon qui la forme, jusqu'à l'extrémité du canal sacré, où elle se réfléchit alors sur la dure-mère, en formant un cul-de-sac arrondi qui termine en bas la cavité de l'arachnoïde.

3. L'arachnoïde ne recouvre pas seulement l'extérieur du cerveau, elle pénètre encore dans son intérieur, et en tapisse les différentes cavités. On doit aux anatomistes modernes la découverte de la communication de sa portion extérieure avec sa portion intérieure; c'est à l'endroit où cette membrane se porte du mésolobe sur le cervelet, qu'on la voit s'enfoncer dans le ventricule moyen par une ouverture ovalaire découverte et

décrite par Bichat ; cette ouverture n'est que l'orifice d'un canal pratiqué dans la portion de la pie-mère, qui va former la toile choroïdienne. Prolongé sous les veines de Galien, entre la glande pinéale et les tubercules quadrijumaux, ce canal vient s'ouvrir dans le troisième ventricule, et donne passage à l'arachnoïde, ou plutôt fournit le seul point de continuité que présente l'arachnoïde antérieure, avec le prolongement qui va d'abord tapisser le ventricule moyen et la face inférieure de la toile choroïdienne.

A l'aide des ouvertures de communication, l'arachnoïde passe du troisième ventricule dans les deux latéraux; elle y recouvre le pléxus choroïde, bouche les fentes découvertes par Bichat, qui existent entre le trigone cérébral, les corps frangés et les couches des nerfs optiques, et pénètre enfin par l'aqueduc de sylvius, dans le ventricule du cervelet dont elle ferme toutes les ouvertures.

Il faut observer que l'analogie seule a conduit Bichat à découvrir la présence de l'arachnoïde dans l'intérieur des ventricules, où elle est si mince dans l'état naturel, qu'elle ne peut y être aperçue par les procédés ordinaires ; mais les différentes altérations pathologiques dont l'intérieur de ces cavités est susceptible, l'épaississement, les granulations, la suppuration, les exha-

lations séreuses que l'on y remarque, entièrement conformes aux altérations des diverses autres régions de cette membrane, démontrent jusqu'à l'évidence l'existence de l'arachnoïde dans les ventricules, et son identité avec celle qui recouvre le reste du cerveau.

Nous venons de suivre l'arachnoïde à la superficie et à l'intérieur du cerveau; voyons maintenant comment elle se comporte avec la dure-mère.

4. Elle fournit une espèce de gaîne à tous les nerfs qui partent du cerveau, et les accompagne tant qu'ils sont renfermés dans l'intérieur du crâne; mais arrivée à la dure-mère, cette gaîne les abandonne, et, en se repliant sur cette membrane, elle en tapisse toute la face interne, et ne s'en détache dans aucun de ses plus petits replis; c'est elle qui donne à cette surface l'aspect lisse et poli qui la distingue, et qu'elle n'a point à la surface externe, même dans les endroits où elle n'est pas adhérente, comme dans le canal vertébral; c'est elle, et non la dure-mère, qui est le siége de l'exhalation de la sérosité cérébrale; c'est elle, et non la dure-mère, qui s'enflamme dans la plupart des cas; c'est également à la suite de quelques-unes de ces inflammations, qu'elle forme des épaississemens auxquels la dure-mère reste ordinairement étrangère.

Les rapports de l'arachnoïde avec la pie-mère sont les suivans.

5. L'arachnoïde recouvre toutes les anfractuosités cérébrales en traversant de l'une à l'autre, tandis que la pie-mère seule y pénètre. Ces deux membranes n'adhèrent point ensemble dans toute leur étendue ; souvent elles sont séparées par de grands intervalles, ou simplement appliquées l'une sur l'autre sans nulle communication : elles n'offrent d'adhérences intimes qu'au niveau des circonvolutions, ce qui fait que dans cet endroit on ne peut les enlever isolément. Sur la moëlle épinière, l'arachnoïde est seulement appliquée sur la membrane qui remplace la pie-mère.

6. On distingue facilement l'arachnoïde isolée de toutes parts, sur plusieurs points du cerveau et principalement entre les circonvolutions cérébrales ; vis-à-vis la scissure de sylvius, et au-devant du corps calleux ; dans l'intervalle qui sépare antérieurement les deux lobes. A la base, on la voit entre les deux lobes du cervelet ; au niveau de la rainure qui sépare le cerveau du cervelet ; au-dessous de la protubérance cérébrale ; entre cette protubérance et l'union des nerfs optiques, et entre les prolongemens antérieurs et les rainures qui les bordent latéralement.

L'arachnoïde passe encore, d'une manière bien visible, sur les sillons plus ou moins profonds

qui se rencontrent sur les parties moyennes du cervelet, sur le commencement de la moëlle épinière, sur les prolongemens postérieurs de la protubérance cérébrale : dans tous ces points, elle est entièrement libre, et par cela très-apparente : *c'est là qu'il faut l'examiner pour juger si elle est véritablement enflammée, et si elle ne présente pas quelqu'altération.*

7. *Physiologie.* — Il est facile de voir par cette description extrêmement succincte de l'arachnoïde, que cette membrane enveloppe le cerveau de toutes parts sans le contenir, et qu'elle remplit à son égard les mêmes fonctions que les autres séreuses qui enveloppent le cœur, les poumons et les viscères abdominaux, c'est-à-dire, qu'elle facilite les mouvemens de l'organe qu'elle tapisse, et l'isole des parties voisines par la rosée lymphatique dont elle est continuellement humectée ; elle a la même texture que toutes les autres membranes séreuses ; comme elles encore, elle est insensible dans l'état sain ; car on peut la couper, la déchirer, la brûler, soit avec le feu, soit avec un caustique, sans exciter chez l'individu la moindre douleur ; mais lorsqu'elle est enflammée, soit par son exposition à l'air libre pendant un certain tems, soit par toute autre cause, le contact d'un corps, auparavant indifférent, devient alors excessive-

ment douloureux. Bichat a eu souvent occasion de faire cette remarque dans des expériences directes sur les animaux vivans : ce phénomène a également lieu dans beaucoup de plaies de tête, comme la pratique journalière le démontre dans un grand nombre de cas. C'est à ce changement dans le mode de sensibilité, qu'il faut attribuer la céphalalgie plus ou moins violente, mais toujours constante, qui établit le caractère spécial de l'arachnitis, et qui, sous ce rapport, mérite la plus grande attention de la part du praticien.

8. L'analogie qui existe entre l'arachnoïde et les autres séreuses, se remarque encore dans les lésions organiques. Sauf quelques modifications particulières aux fonctions et à la position de l'arachnoïde, elle est enflammée par les mêmes causes qui agissent sur les autres membranes séreuses; comme chez ces dernières, des collections aqueuses y ont souvent lieu; on y trouve fréquemment aussi des adhérences entre les surfaces naturellement contiguës; enfin, cette analogie se remarque encore jusques dans le mode de suppuration, qui, sur l'arachnoïde comme sur la plèvre, le péritoine, etc. présente le même aspect blanchâtre, membraniforme et séroso-albumineux, etc. etc.

Nous pensons que ces considérations rapides

sur l'anatomie et la physiologie de l'arachnoïde, rempliront le but que nous nous sommes proposé, en facilitant l'étude de la pathologie de cette membrane, et en rappelant ses principales dispositions anatomiques, et ses plus importantes propriétés physiologiques à ceux qui ne les auraient pas présentes. Il sera facile de se procurer de plus amples détails dans l'anatomie générale de Bichat, et dans l'anatomie descriptive qui a été publiée en son nom par ses continuateurs.

CHAPITRE II.

Histoire de l'inflammation de l'Arachnoïde cérébrale.

ARTICLE PREMIER.

Description de l'Arachnitis cérébrale.

Causes. PARMI les causes de l'arachnitis, on peut en distinguer deux espèces ; les unes agissent directement sur l'encéphale ; les autres n'agissent sur lui que d'une manière indirecte.

9. Parmi les premières qui sont les plus nombreuses, on doit compter les percussions du crâne, l'insolation, une lésion organique du cerveau, une constitution apoplectique prédis-

posant aux congestions cérébrales, un épanchement sanguin dans la pulpe; enfin, les affections morales tristes.

10. On doit mettre au rang des secondes, les métastases goutteuses, rhumatismales, etc.; les suppressions de flux, l'hydrophobie, l'usage des boissons alcoolisées, et toutes les causes communes aux autres phlegmasies, lesquelles pourraient aussi bien produire une pleurésie, une gastrite, une péripneumonie, qu'une arachnitis.

11. Si nous examinons ces différentes causes d'après leur ordre de fréquence, nous voyons que nous devons mettre en première ligne les percussions du crâne, qui suffisent pour la produire, alors même qu'elles ne sont point assez violentes pour déterminer une fracture ou un grand désordre : en effet, le plus grand nombre de nos malades n'ont souvent éprouvé que de très-légères commotions. Cette cause présente une particularité remarquable, c'est qu'elle détermine plus promptement et plus fréquemment que toutes les autres la suppuration; car, si on en excepte deux cas particuliers, nous l'avons rencontrée chez tous ceux qui ont succombé à l'arachnitis occasionnée par une violence extérieure.

On reconnaîtra facilement l'importance de cette cause, quand on saura que parmi toutes

celles de l'arachnitis, elle figure dans la proportion de plus d'un tiers.

12. Les causes les plus évidentes et les plus communes après celle-ci, sont, sans contredit, la répercussion et la métastase d'un exanthème quelconque, ou la suppression d'un exutoire, soit naturel, soit accidentel. C'est ainsi que nous avons vu l'arachnitis développée par la disparition subite d'une rougeole ou d'un érysipèle, par la suppression d'un ancien ulcère ou du flux menstruel. Cette cause est pour la fréquence, relativement aux autres, dans le rapport d'un douzième.

13. Nous devons placer ensuite les peines, les chagrins, et toutes les affections morales tristes, qui, prises en général, se sont présentées dans le rapport d'un septième : mais comme les malades nous ont souvent été apportés dans un état d'abattement extrême, comme nous n'avons pas toujours pu recueillir des renseignemens bien exacts d'eux-mêmes ou de la part de leurs assistans, il nous a été impossible de déterminer, dans certains cas, si la taciturnité, l'air sombre ou hébété étaient chez ces sujets le premier effet de la maladie, ou s'ils n'en étaient que la cause occasionnelle : aussi avons-nous cru, pour cette raison, ne devoir placer cette cause qu'en troisième ligne.

14. Une disposition apoplectique, en vertu de laquelle le sang se porte avec plus d'abondance vers la tête, et fait du cerveau une espèce de centre de fluxion où la vie s'exerce avec plus d'énergie, semble également, mais dans des cas très-rares, pouvoir à elle seule déterminer l'arachnitis. Si nous plaçons cette disposition au nombre des causes, c'est que, chez trois sujets, il nous a été impossible, malgré la plus scrupuleuse attention, d'en discerner aucune autre. Mais, nous l'avouerons, cette cause est tellement fugace, que nous la notons plutôt comme pouvant prédisposer en quelques cas à l'arachnitis, que comme réellement capable de la développer.

15. On sera peut-être surpris de trouver en si petite proportion, parmi les causes de l'arachnitis, l'action des rayons solaires que nous n'avons rencontrée que deux fois; mais il faut remarquer que nos observations ont été prises dans une grande ville, sur une classe d'hommes, vivant, pour la plupart, dans des ateliers, et à l'abri de l'intempérie des saisons. Nous ne doutons pas que cette cause ne soit beaucoup plus fréquente à la campagne et dans les pays méridionaux; car on retrouve tous les symptômes que nous assignons à l'arachnitis, dans plusieurs observations de maladies développées sous cette influence, et que

les auteurs ont désignées sous des noms qui sont loin de toujours leur appartenir : de nos deux malades, l'un était soldat, l'autre moissonneur.

16. Il paraît que certaines affections organiques du cerveau, et principalement les tubercules, peuvent, par leur développement, déterminer quelquefois l'inflammation de l'arachnoïde, en agissant sur cette membrane comme corps mécanique. Il en est de même des épanchemens sanguins qui ont lieu, soit dans la substance même du cerveau, soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'arachnoïde, et qui paraissent alors agir spécialement par leur qualité irritante.

17. Si nous ne rapportons qu'une seule observation où l'arachnitis se soit rencontrée chez un hydrophobe, c'est que, fidèles au plan que nous nous sommes tracé, nous n'employons que des observations recueillies jour par jour au lit du malade, en rejetant toutes celles que pourrait nous fournir notre mémoire ; mais nous ne doutons pas que cette terrible maladie n'ait des rapports intimes avec l'arachnitis, que nous avons trouvée bien manifestement sur les cadavres de trois hydrophobes morts à l'Hôtel-Dieu en 1812. Quelques-uns de nos confrères qui, à cette époque et antérieurement, ont observé et ouvert plusieurs de ces malheureux, ont reconnu sur la plupart, mais non sur tous, cette inflam-

mation qui, le plus ordinairement, était bornée à l'arachnoïde cérébrale, et qui s'étendait aussi quelquefois sur toute celle de la moëlle épinière. Ne soyons pas surpris, d'après cela, que certains médecins aient regardé l'hydrophobie comme étant assez souvent le résultat d'une arachnitis ; ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de leur opinion; mais nous pensons qu'ils se sont trop empressés de généraliser.

La forme tétanique des accidens dans cette maladie, peut très-bien dépendre de l'arachnitis spinale dans certains cas; mais elle ne peut nullement caractériser l'hydrophobie qui ne s'accompagne pas toujours de lésion de l'appareil locomoteur. Un fait dont nous avons été témoins dernièrement, n'a offert au plus scrupuleux examen aucune trace de phlegmasie de l'arachnoïde, comme aucun trouble dans les fonctions des appareils sensitif et musculaire.

18. Les boissons alcoolisées ont une action directe sur le cerveau, et contribuent sans doute par-là à prédisposer à l'arachnitis, plutôt qu'à en être la cause efficiente : cependant nous avons eu occasion de remarquer, à plusieurs reprises, des rechutes produites par cette seule cause.

19. Enfin, dans bien des cas, l'arachnoïde s'enflamme spontanément, sans qu'on puisse lui reconnaître aucune cause spéciale ; elle s'en-

flamme comme les autres séreuses, parce que, partageant leur organisation et leur mode de vitalité, elle doit être influencée au même degré par les causes qui agissent sur elles : c'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois l'arachnitis coïncider avec une péritonite ou une pleurésie. Nous nous rappelons même deux faits très-curieux, où toutes les séreuses, jusqu'à celle de la tunique vaginale, ont été enflammées simultanément et au même degré. Il faut cependant restreindre de beaucoup le nombre des cas où l'action d'une cause quelconque ne peut pas être appréciée. S'ils figurent en si forte proportion dans nos observations, c'est qu'un grand nombre de nos malades nous ont été apportés sans connaissance, par des gens qui le plus souvent leur étaient étrangers, et qui n'ont pu nous fournir aucun renseignement.

Ainsi donc, en récapitulant les causes capables de produire l'arachnitis cérébrale, nous trouvons les violences exercées sur la tête, les métastases, les suppressions de flux, les épanchemens sanguins ou autres, une disposition apoplectique, l'insolation, la présence de tubercules dans le cerveau ou dans son voisinage, l'hydrophobie, l'usage des boissons alcooliques, une disposition particulière dépendant, soit de la constitution maladive, soit de toute autre cause

non appréciable, dans laquelle les séreuses s'affectent de préférence aux autres tissus, au point que, dans certains cas, tout l'ensemble de ce système peut s'enflammer.

20. Nous relaterons enfin les causes générales, épidémiques, miasmatiques, qui, dans certains cas, feront prendre aux maladies régnantes la forme de l'arachnitis, comme, dans d'autres, elles leur donneront celle de la pleurésie, de la gastro-entérite : c'est ce que l'on voit arriver souvent dans le typhus, dans la fièvre jaune, etc.

Ici se termine ce que nous avons à dire sur l'action des causes susceptibles de provoquer l'affection qui nous occupe.

Voulant offrir, dans le cours de cet ouvrage, les divers résumés relatifs aux causes, au sexe, à l'âge, etc., nous avons adopté à cet effet la forme de tableaux, comme étant le moyen le plus convenable pour renfermer dans un cadre étroit tout ce qui aura déjà été dit sur ces différens sujets; aussi, toutes les fois que nous trouverons occasion d'y avoir recours, nous le ferons, persuadés que cet emprunt fait aux sciences physiques en faveur de la médecine, ne pourra que tourner à son avantage, sous le point de vue de la clarté et de la précision.

PREMIER TABLEAU *.

DES CAUSES.

Causes diverses.	Arachnitis suppurées.	Arachnitis non suppurées.	Total.
Percussion du crâne....	19	2	21
Insolation	»	2	2
Tubercules du cerveau..	»	2	2
Affections morales tristes..	7	3	10
Métastases, suppressions de flux	5	1	6
Hydrophobie	«	1	1
Constitution apoplectique.	1	2	3
Causes indirectes	15	2	17
Causes inconnues	31	23	54
	78	38	116

21. *Sexe* : Le sexe paraît avoir une grande influence sur le développement de l'arachnitis ,

* Ce tableau , ainsi que tous les suivans , ayant été fait à une époque où nous ne possédions encore que cent seize observations, nous n'avons pas cru devoir les recommencer , quoique nous soyons parvenus , en continuant nos recherches , à porter leur nombre jusqu'à près de deux cents , nos nouvelles observations offrant absolument les mêmes résultats que les premieres , et toujours dans les mêmes proportions.

puisque nous avons vu trois fois plus d'hommes que de femmes en être affectés. Il nous est impossible de nous rendre compte de cette différence ; car dans les hôpitaux où nous avons recueilli nos observations, les malades des deux sexes y étaient dans une égale proportion. En admettant même l'action des corps extérieurs à laquelle les hommes sont plus exposés par leurs professions, cette différence ne peut pas encore s'expliquer.

DEUXIÈME TABLEAU.

DES SEXES.

SEXES.	Arachnitis suppurées.	Arachnitis non suppurées.	TOTAL.
Hommes............	55	33	88
Femmes	19	9	28
	74	42	116

22. *Age :* Tous les âges, depuis le plus tendre jusqu'au plus avancé sont exposés à l'arachnitis ; mais non dans la même proportion. Moins fréquente dans l'enfance, où elle affecte de préférence la base du cerveau, elle s'observe davan–

tage chez l'adulte, et domine alors sur les hémisphères, tandis qu'elle est assez rare chez les vieillards. Les tubercules du cerveau, l'hydropisie des ventricules expliquent suffisamment la mort, chez les enfans qui succombent à des symptômes cérébraux, sans qu'il soit nécessaire de la regarder comme dépendante de l'arachnitis.

TROISIÈME TABLEAU.

DES AGES.

AGES.		Arachnitis suppurées.	Arachnitis non suppurées	TOTAUX.	
	Ans.				
ENFANCE. De la naissance à 14 ans.	De 0 à 5	5	»	5	29
	De 5 à 8	7	2	9	
	De 9 à 14	13	2	15	
ADOLESCENCE. De 15 à 30.	De 15 à 21	14	10	24	44
	De 22 à 30	11	9	20	
ADULTES. De 31 à 60.	De 31 à 40	14	5	19	38
	De 41 à 60	13	6	19	
VIEILLESSE.	De 61 à 80	2	3	5	5
		79	37	116	116

23. *Durée* : La durée la plus ordinaire de

l'arachnitis est de sept à dix-huit jours ; la mort peut cependant arriver au troisième ou au quatrième : peu de malades dépassent le vingt-cinquième ; nous n'avons vu que trois fois la maladie se prolonger au-delà du trentième (1). Nous n'entendons toutefois parler ici que de la durée commune de l'arachnitis, et non de son passage à l'état chronique.

QUATRIÈME TABLEAU.

DE LA DURÉE.

ARACHNITIS SUPPURÉES.				ARACHNITIS NON SUPPURÉES.		TOTAUX.	
11 jours.	½ septénaire...	13	44	4	22	17	66
	1 septénaire..	18		8		26	
	1 septénaire ½	13		10		23	
18 jours.	2 septénaires..	10	23	4	10	14	33
	2 septénaires ½	13		6		19	
32 jours.	3 septénaires..	6	11	4	6	10	17
	3 sepélnaires ½	2		2		4	
	4 septènaires ½	3		»		3	
		78		38		116	116

(1) Les âges paraissent apporter peu de modifications à cette durée, comme l'indique le cinquième tableau.

CINQUIÈME TABLEAU*.

RAPPORT ENTRE L'AGE ET LA DURÉE DE L'ARACHNITIS.

AGE.	NOMBRE DE JOURS.									TOTAL DES SUJETS.
	4	7	11	14	18	21	24	28	31	
Ans.										
De 0 à 5	»	»	1	»	2	»	»	»	1	4
6 à 8	1	2	2	1	»	2	»	»	»	8
9 à 14	1	3	5	3	2	3	2	»	1	20
15 à 21	3	1	3	2	2	4	»	1	1	17
22 à 30	»	6	5	5	4	1	»	1	»	22
31 à 40	6	3	3	6	4	1	1	1	»	25
41 à 60	5	8	1	2	1	»	»	»	»	17
61 à 80	1	»	1	1	»	»	2	»	»	5
Total des sujets.	17	23	21	20	15	11	5	3	3	118

24. *Périodes :* Avant de commencer la description générale de l'arachnitis, disons deux mots sur ce que nous entendons par périodes.

Ces périodes ne sont pas des divisions arbitraires et artificielles ; ce sont des phases diffé-

* Dans ce tableau, résultat de 118 observations, il en es plusieurs qui ne font pas partie de celles qui nous ont servi pour les deux précédens.

rentes que présente ordinairement l'arachnitis dans le cours de sa durée, lesquelles se caractérisent, chacune par un ordre de symptômes particuliers.

Nous reconnaissons à la phlegmasie de l'arachnoïde, trois périodes distinctes qui correspondent à ce que l'on reconnaît dans toutes les maladies, sous le nom d'accroissement, d'état et de déclin.

25. *La première période* se manifeste ordinairement par une exaltation de la sensibilité, d'où naît la céphalalgie, un de ses caractères les plus constans. Quelquefois aussi elle s'accompagne d'une tendance à l'assoupissement, ce qui a plus particulièrement lieu pour l'arachnitis de la base, ou bien, d'un état sympathique de l'estomac, qui alors donne lieu à des vomissemens ou à de simples nausées. Ordinairement aussi il s'établit en même tems un mouvement fébrile. Cet état de stimulation du cerveau est excessivement variable pour les formes qu'il prend chez chaque sujet; ces variations sont généralement en rapport avec l'âge, la région de l'arachnoïde enflammée, avec la constitution, avec le degré de sensibilité du malade, ce qui fait que chez les enfans rien n'est plus varié que cette période.

Jamais elle ne présente l'ensemble des symptômes qui caractérisent la troisième période, et

s'il arrive qu'il existe dans le début un assoupissement comateux, ee qui est très-rare, ce caraetère dénote une troisième période d'emblée, eomme eela pourrait avoir lieu, dans une métastase par exemple, et conséquemment annonce une mort prochaine.

Sa durée est ordinairement de quelques heures à un, deux, trois ou quatre jours; quelquefois elle se prolonge jusqu'à deux septénaires; mais ces eas sont fort rares et alors les symptômes sont vagues, incertains, peu développés; les malades sont dans un état mixte de santé et de maladie; à peine aperçoit-on de tems à autre, quelque signe qui puisse faire soupçonner la véritable nature de l'affection, qui se dessine enfin, en passant rapidement à la seeonde période. C'est ordinairement chez les sujets frêles, eaeoehymes, épuisés, et ehez les enfans surtout, que se remarque eette longue durée de la première période.

26 *La seconde période* qui est un véritable état de réaetion, s'accompagne d'un trouble partieulier du système locomoteur, trouble qui correspond à eelui du eerveau, lequel est alors exalté au dernier point; c'est iei que se trouvent les convulsions, le délire, l'agitation, les contractions, les oscillations ou le commencement de la dilatation des pupilles, en un mot, tous les symptômes cérébraux portés au plus haut degré et vrai-

ment caractéristiques de l'arachnitis. Dans cette période, la céphalalgie est moins constante que dans la première, le cerveau percevant alors plus difficilement les sensations tant internes qu'externes.

Cette période est généralement celle dont la durée est la plus longue : elle varie de deux, trois, quatre jours, à un et même deux septénaires. Elle offre quelques différences selon les siéges de l'arachnitis. Dans celle de la base et dans celle des ventricules, la forme comateuse s'y trouve presque essentielle et se combine avec les convulsions, l'agitation, les lésions du globe de l'œil, etc., tandis que dans celle de la convexité, c'est le délire qui la caractérise et qui, par son début, la constitue réellement.

27. *La troisième période* est celle dont la durée est la plus courte ; elle varie en général de quelques heures à trois ou quatre jours ; rarement elle se prolonge au-delà. C'est la période de collapsus. L'abolition des sens, la perte du mouvement, d'où naît la paralysie locale et générale, le coma, sont les principaux symptômes qui la caractérisent. Les signes les plus fâcheux s'y trouvent réunis, aussi il n'est plus possible, dans cette période où tous les symptômes des diverses affections cérébrales se trouvent confondus, de reconnaître avec certitude l'existence de l'arachnitis. En effet, toutes les maladies de l'encéphale

arrivées à ce degré se présentent sous une même forme, ainsi qu'on l'observe également, pour un très-grand nombre de phlegmasies aiguës, thoraciques et abdominales. Nous avons rencontré beaucoup de malades qui, ayant succombé à ces dernières affections, après avoir présenté le coma et les autres symptômes cérébraux, n'ont offert, à l'ouverture de leur cadavre, aucune lésion, soit des méninges, soit du cerveau.

Le collapsus caractéristique de la troisième période, et l'exaltation qui distingue la seconde, ont cela de particulier, que telle partie du corps peut présenter des signes de la troisième période, tandis que telle autre n'en offrira que de la seconde. C'est ce qui se voit même assez fréquemment dans plusieurs régions, comme à la face par exemple, où l'on trouve souvent les paupières paralysées alors que les muscles de la bouche sont encore en convulsion : c'est principalement dans l'arachnitis de la base, vers l'entre-croisement des nerfs optiques, que se remarque ce mélange de symptômes des deux dernières périodes.

28. Nous ne parlerons pas du retour à la santé comme apportant quelque changement dans ces divers stades, parce qu'alors, la maladie diminuant d'intensité, les symptômes qui les caractérisent, disparaissent, soit à la première période,

soit à la seconde dans la plupart des cas, et rarement dans la troisième.

Il faut avouer cependant, qu'il est souvent difficile de déterminer le passage de l'une à l'autre, parce que chacune d'elles ne s'accompagne pas toujours de tous les symptômes qui devraient lui appartenir, et qu'un seul symptôme ne peut suffire pour caractériser une période. C'est ainsi que la céphalalgie qui appartient essentiellement à la première période, se remarque encore dans la seconde et même dans la troisième, ce qui est beaucoup plus rare, parce que les malades recouvrant quelquefois momentanément leur raison, peuvent alors accuser la douleur et même l'indiquer par gestes, lorsqu'ils ne peuvent s'exprimer par la parole. L'arachnitis de la base apportant beaucoup moins de trouble dans l'intelligence et s'accompagnant de rémissions plus tranchées, nous offre aussi plus fréquemment la céphalalgie dans la seconde période. Il peut même arriver quelquefois que cette douleur vienne à manquer dans la première, comme nous en avons quelques exemples.

Souvent les symptômes de la seconde et de la troisième période se confondent entr'eux, particulièrement dans l'arachnitis de la base, comme nous l'avons déjà dit plus haut; rarement ceux de la troisième avec ceux de la première; mais

assez souvent ceux de la première avec ceux de la seconde. Cependant il est une époque, celle de l'invasion, où ce mélange se remarque rarement; aussi insisterons-nous d'une manière particulière sur ce mode d'invasion, qui, sous tant de rapports, mérite de fixer l'attention du praticien.

Quelques observations particulières où chacune de ces périodes se trouvera bien dessinée, feront mieux concevoir le caractère de chacune d'elles, que tout ce que nous pourrions en dire.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Arachnitis de la base, où les trois périodes sont bien distinctes.

Un enfant âgé de cinq ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, rachitique depuis sa naissance, jouissait d'ailleurs d'une assez bonne santé.

Première période: Sans cause connue, à la fin de décembre 1817, à deux heures de l'après-midi, il fut pris d'un vomissement très-intense, qui se répéta un grand nombre de fois dans la journée, et qui s'accompagna d'une douleur de tête si violente, qu'elle faisait pousser au petit malade des cris perçans.

Deuxième période: Dans la nuit, il perd connaissance, il jette des cris aigus, il survient

des mouvemens convulsifs dans les bras et les yeux, et un commencement de trismus.

Le lendemain, deuxième jour de l'invasion, on l'apporte à neuf heures du matin à l'hôpital, dans un état très-fâcheux; les mouvemens convulsifs se répétaient fréquemment et étaient suivis de flexions continuelles des bras et des doigts, tandis que les jambes restaient roides et dans l'extension; la sensibilité était presque abolie, les pupilles dilatées et difficilement mobiles avec des oscillations convulsives à l'approche d'une bougie allumée. De tems en tems le malade criait avec beaucoup de force. — Quatre sangsues au col, vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds, potion éthérée; infusion de tilleul avec quelques gouttes de liqueur d'Hofmann, et le soir un lavement purgatif.

Dans le courant de la journée, soit naturellement, soit par l'effet des sangsues et du vésicatoire, les convulsions cessent, mais les vomissemens se renouvellent deux fois; les symptômes restent les mêmes. Le soir tous les accidens prennent un nouveau degré d'intensité.

Troisième période : Au troisième jour, le malade est dans l'état le plus fâcheux; la respiration devient stertoreuse, le pouls à peine sensible; l'assoupissement se change en un coma profond; toutes les fonctions s'éteignent graduellement et

la mort arrive quarante-huit heures après l'invasion des premiers symptômes.

Ouverture du cadavre : Une portion de l'arachnoïde de la base du cerveau était enflammée. Cette portion assez considérable, qui affectait la forme triangulaire, se prolongeait en arrière jusques sous le cervelet.

Le cerveau était *sablé* de sang dans la portion qui est au dessous du ventricule moyen.

Tous les viscères des deux autres grandes cavités étaient parfaitement sains.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis dans laquelle la troisieme période survient brusquement dans le cours de la première : point de seconde période distincte:

Première période : Mademoiselle B***, âgée de huit ans et demi, douée d'une intelligence bien au dessus de son âge, est prise le 15 septembre 1820, d'un léger mouvement fébrile avec céphalalgie modérée.

Le deuxième jour, la fièvre et la douleur de tête continuent, mais à un degré peu prononcé. On se contente de lui donner une infusion de tilleul.

Le troisième jour, il se joint à la fièvre et à la légère douleur de tête, un peu d'assoupissement.

Le quatrième, la matinée se passe dans le même état ; elle parle et raisonne très-bien.

Troisième période : Sur les deux heures, elle est prise spontanément de convulsions des deux extrémités supérieures, avec perte de connaissance.

Le soir, la face est rouge, animée, les yeux sont renversés en haut, les paupières largement ouvertes, les pupilles insensibles à la lumière et également dilatées ; grincement de dents, écume à la bouche, trismus, coma profond avec perte complète de l'usage des sens ; roideur et convulsions des deux bras au même degré, décubitus en supination, cris plaintifs, pouls fréquent, respiration suspirieuse, chaleur forte. — Quatre sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux pieds, vésicatoire à la nuque.

Le cinquième jour, même état, sauf que les convulsions sont un peu moins fortes, et que le bras gauche est plus fortement contracté que le droit : coma plus profond ; plus mal qu'hier.

Le sixième jour, au matin, mort.

TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base, dans laquelle l'assoupissement s'est montré dans toutes les périodes.

Première période : Marie-Antoinette, âgée de seize ans, d'une taille grêle et élancée, d'un

caractère indolent et apathique, fut prise, le 22 mars 1817, d'une douleur de tête violente, de malaise, d'envies de vomir, d'étourdissemens, d'un assoupissement léger, mais continuel, avec fièvre, rougeur de la face et injection des conjonctives. Elle reste dans cet état à-peu-près douze jours.

Deuxième période. — Le treizième et le quatorzième jour, délire, alternatives de cris, de ris, de plaintes, de chants et de gémissemens; agitation continuelle, mouvemens convulsifs des membres, renversement de la tête en arrière.

Le quinzième jour, assoupissement presque constant, dont on retire facilement la malade en l'excitant : alors le délire reprend le caractère qu'il avait les deux jours précédens; les convulsions sont les mêmes; paupières rapprochées, pupilles dilatées, strabisme des deux yeux, renversement de la tête en arrière, trismus; pouls petit, dur, très-fréquent. Ces symptômes prennent plus d'intensité vers le soir. — Deux larges saignées de pied.

Seizième jour, même état. — Trente sangsues derrière les oreilles; sinapismes aux pieds. Le soir, assoupissement profond.

Troisième période. — Le dix-septième jour, paupières continuellement fermées : en les ou-

vrant, on voit les globes des yeux tantôt affectés de strabisme, tantôt de mouvemens convulsifs, et les pupilles très-dilatées; assoupissement plus profond : on en retire difficilement la malade qui pousse alors des cris. — Douze sangsues derrière chaque oreille ; vésicatoire sur la tête.

Dans la journée, les convulsions cessent ainsi que le délire ; l'assoupissement se convertit en véritable coma ; le pouls devient très petit, filiforme ; la respiration bruyante, embarrassée ; le corps se couvre d'une sueur froide, et la mort arrive vers le soir.

Ouverture du cadavre. — Teinte rosée de la dure-mère, plus prononcée dans le lieu qui répondait au vésicatoire. Sur la face supérieure du cerveau, l'arachnoïde est légèrement rouge et injectée ; mais à la base, elle est opaque et très-épaisse ; cette épaisseur est de plus d'une ligne sous les tubercules quadrijumeaux, les pédoncules et l'éminence vermiculaire supérieure du cervelet ; elle crie en cette endroit sous le tranchant du scalpel et est infiltrée de pus dans toutes les parties environnantes. — Léger ramollissement et teinte rosée de la couche optique droite ; très-peu de sérosité dans les ventricules.

Tous les viscères du thorax sont sains. — Plaques rouges à la petite courbure de l'estomac.

Quatrième observation.

Arachnitis de la base, dans laquelle une partie des symptômes de la troisième période ont lieu dans la deuxième.

Première période. Un enfant d'une constitution frêle et délicate, livré à la masturbation, fut apporté à l'hôpital des enfans, le 5 septembre 1816. Six jours auparavant, après avoir couru et joué toute la journée, il rentra chez ses parens extrêmement fatigué, se plaignant d'une douleur de tête très-vive, d'une grande faiblesse et d'un mal-aise général. Les parens nous dirent qu'il avait eu presque tous les jours du délire et des coliques assez fortes.

Deuxième période. Le soir du jour de son arrivée, stupeur; face pâle et plombée, paupières closes, globes des yeux un peu enfoncés dans les orbites, dirigés en haut; conjonctives ternes et pâles, pupilles dilatées, ne se contractant pas même à la plus vive lumière; narines recouvertes d'un enduit pulvérulent; lèvres sèches et gercées : abdomen rétracté vers la colonne vertébrale; constipation, délire taciturne; cris et agitation alternant avec l'assoupissement, quoiqu'il réponde quand on l'agite et lorsqu'on lui parle d'un ton élevé; les facultés

intellectuelles paraissent très-obtuses ; contraction légère des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ; peau sèche et peu chaude ; pouls petit, faible, un peu vif ; respiration naturelle. — Limonade tartarisée.

Septième jour, nul changement. — Même boisson ; lavement purgatif ; vésicatoire à la nuque ; sinapismes aux pieds ; glace sur la tête.

Huitième jour : même état que la veille. — Douches sur la tête ; frictions sur le ventre avec la teinture de valériane et l'alcool camphré. — La douche, ou plutôt l'affusion, apporte une amélioration sensible dans tous les symptômes : le petit malade recouvre la liberté de la parole et la justesse des idées pendant une partie de la journée; mais le soir, il retombe dans l'assoupissement, d'où l'on peut cependant le faire sortir avec assez de facilité.

Troisième Période. — Le neuvième jour, stupeur et assoupissement plus profond que les jours précédens ; on l'en retire cependant, mais avec peine ; il prononce alors quelques mots incohérens, et retombe bientôt après dans une stupeur plus grande. Yeux à demi-fermés ; pupilles largement dilatées ; insensibilité et immobilité des membres inférieurs : même prescription que la veille.

Il reste insensible à l'action de la douche, et

tombe immédiatement dans un coma dont rien ne peut le faire sortir ; le soir, mouvemens convulsifs violens ; râle très-fort ; sueurs abondantes ; face livide et décomposée ; mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — Inflammation de l'arachnoïde avec épaississement et infiltration albumineuse dans toute l'étendue occupée par la protubérance annulaire, le commencement de la moëlle alongée, l'entrecroisement des nerfs optiques et une partie de la scissure de Sylvius : infiltration séreuse, mais peu étendue, à la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche : circonvolutions cérébrales très-aplaties ; sérosité légèrement trouble épanchée dans les ventricules du cerveau, pouvant être évaluée à cinq onces : déchirure à la partie postérieure de la cloison et ramollissement, à cet endroit, de la substance médullaire.

Tubercules dans les poumons. Inflammation de l'estomac et du cœcum. (Mitivié, *Dissertation sur l'Hydrocéphale aiguë.*)

Cinquième observation.

Arachnitis du ventricule latéral gauche. Point de première période. Seconde période unie à la troisième.

Une femme de plus de quarante ans fut prise

d'ulcères aux jambes à la suite d'une diminution considérable de ses menstrues ; ces ulcères s'accompagnèrent de douleurs très-vives et d'une fièvre presque continuelle. Il y avait plus d'une année qu'elle était en proie à ces douleurs, lorsque, ennuyée de leur continuité et ne voyant aucun moyen de guérison, elle pria Valsalva de lui couper la jambe. L'amputation fut faite, et tout alla bien jusqu'au troisième jour. A cette époque, les chairs de la plaie parurent livides : on mit en usage les émolliens et les substances volatiles, et la plaie reprit bientôt un meilleur aspect : cependant la fièvre fit de jour en jour de nouveaux progrès ; elle devint aiguë ; une parotide se développa au côté droit, et prit un tel degré d'accroissement que, pendant vingt-quatre heures, il fut impossible à la malade d'avaler même des liquides ; mais des sueurs abondantes s'étant manifestées, la fièvre diminua ; la parotide s'affaissa, et la maladie parut marcher au gré de tous les désirs.

Au bout de trois jours, une erreur de régime rappelle la fièvre, qui dura peu de tems et qui se termina pareillement par des sueurs. Les divers accidens n'empêchèrent pas la cicatrice de faire de jour en jour de nouveaux progrès ; elle était presque complète, lorsque, trois mois après l'amputation, la malade qui n'était déjà plus

dans son lit, fut prise tout-à-coup d'accidens semblables à une apoplexie ; il survint du délire, des convulsions ; la sensibilité et le mouvement disparurent dans tout le côté *droit* du corps, et, quoique les accidens présentassent de tems à autres quelques intermissions, ils devinrent cependant si violens, qu'ils firent périr la malade.

A l'ouverture du crâne, on trouva une grande quantité de pus dans le ventricule *gauche*, et cependant on ne put reconnaître *aucune lésion dans la masse cérébrale elle-même* ; mais on put soupçonner que le pus qui coulait auparavant par la jambe, avait été porté sur la tête. (*Morgagni*. Epist. 5.)

SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base ; troisième période à peine marquée.

Élisabeth Thibaut, âgée de quarante-cinq ans, ouvrière en linge, d'une très-forte constitution, ayant de l'embonpoint et des couleurs assez vives, entra à l'Hôtel-Dieu le 22 juin 1812.

Première période. Depuis huit jours, cette fille éprouvait une céphalalgie frontale, du malaise, de l'anxiété, une accablement général, du dégoût, des nausées ; elle eut même deux vomissemens spontanés. Malgré tous ces désordres,

il ne survint pas de fièvre : la céphalalgie ayant disparu le jour de son entrée à l'hôpital, on fit peu d'attention à son état.

Deuxième période. Neuvième jour de la maladie : face colorée, yeux fermés, accablement général, délire ; elle entend ce qu'on dit, mais ne répond pas : agitation momentanée des membres ; pouls mou, fréquent.

Dixième jour, même état.

Onzième jour, le matin, cessation du délire, qui reparaît le soir avec le même accablement que la veille. Dans le cours de la journée, sorte d'hébétude, et par fois impossibilité de répondre aux questions.

Douzième jour, même état de délire et d'accablement ; face animée, yeux fermés, langue et dents sèches ; ventre tendu, élastique, résonnant par la percussion, sans être évidemment douloureux ; constipation opiniâtre ; pour la première fois fréquence du pouls.

Treizième jour, même état de délire. Il y eut cependant dans la matinée une légère amélioration dans tous les symptômes ; mais vers le soir, l'accablement reparut avec la chaleur, et le pouls prit beaucoup de fréquence ; la tête se dirigea en arrière ; on reconnut une dilatation très-grande des pupilles et une injection vive de la conjonctive ; le ventre se détendit, et la

malade mourut subitement sans rien offrir de remarquable.

Ouverture du cadavre. — L'arachnoïde de la convexité et de la base du cerveau était d'un rouge vif, diffus en quelques endroits, disséminé par plaques en d'autres. Cette rougeur ne disparaissait pas par des lotions ; elle était plus intense à la partie antérieure et inférieure des hémisphères du cerveau que partout ailleurs. Entre la tige pituitaire et la protubérance cérébrale, l'arachnoïde, au lieu d'être rouge, était blanche, opaque, et avait acquis en cet endroit assez d'épaisseur pour résister, jusqu'à un certain point, à l'effort qu'on faisait pour la déchirer ou pour l'enlever de dessus le cerveau.

Les ventricules contenaient très-peu de sérosité ; il y en avait davantage à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Le cerveau, en général peu consistant, offrait un ramollissement bien marqué des parois de la cavité digitale des ventricules.

Les parties du cervelet qui forment le quatrième ventricule, étaient également ramollies, mais très-superficiellement.

Le cœur était mou : il existait des traces d'une ancienne péritonite ; les intestins, distendus par des gaz, étaient rouges à leur intérieur. Quatre à

cinq tumeurs stéatomateuses s'élevaient du corps de l'utérus.

Mode d'invasion. Comme c'est du diagnostic prompt et certain de l'arachnitis que dépend le succès, comme on ne peut l'attaquer avec avantage qu'au moment de son début, et que, passé la première période, le traitement le plus actif et le plus méthodique ne peut que difficilement arrêter sa marche rapide, tous les efforts du praticien doivent tendre à la reconnaître à cette époque.

Ce diagnostic serait beaucoup moins difficile, si l'arachnitis ne se développait que chez des sujets bien portans, et si cette inflammation était constamment dans un état de simplicité; mais, comme il n'en est pas toujours ainsi, et que souvent elle vient compliquer une maladie aiguë, ou terminer une affection chronique, l'observateur inattentif est fréquemment exposé à commettre de graves erreurs, en attribuant à des variétés de forme ou à des épiphénomènes de la maladie principale, les accidens qui ne sont qu'un effet de la nouvelle affection qui vient de se développer. C'est pour éviter ces erreurs que, dans la description de l'arachnitis, nous insisterons sur les symptômes qui caractérisent l'invasion, avec plus de force qu'on ne le fait ordinairement pour les autres maladies.

Nous ne parlerons pas des différences que peut présenter l'ensemble des symptômes au début de certaines épidémies qui se compliquent d'arachnitis, comme cela se remarque assez souvent dans le typhus et dans la fièvre jaune; parce qu'alors les symptômes, pris en particulier, se rapportent toujours à ceux que nous allons décrire.

3o. Le symptôme qui a le plus de valeur à l'invasion de l'arachnitis, est la *céphalalgie;* elle est souvent très-intense et varie beaucoup par sa forme, sa nature et le lieu qu'elle occupe : plus des deux tiers des malades nous l'ont offerte, et il est bien vraisemblable que nous l'aurions trouvée beaucoup plus souvent encore, si tous les sujets que nous avons observés avaient pu nous rendre un compte exact de leur état, lorsqu'on nous les a apportés, ou si les assistans nous avaient fourni quelques renseignemens ; l'ignorance où l'on est sur l'état antérieur des malades qui sont conduits dans les hôpitaux, est une difficulté de plus pour les médecins qui pratiquent dans ces sortes d'établissemens : nous avons eu déjà occasion de la signaler dans l'énumération des causes.

La céphalalgie qui survient instantanément, surtout lorsqu'elle est forte, doit donc toujours faire craindre une inflammation de l'arachnoïde,

soit qu'elle paraisse de prime-abord, chez un sujet sain, soit qu'elle se développe dans le cours d'une autre maladie. Les craintes doivent surtout redoubler, quand il s'y joint un désordre quelconque de l'intelligence, des sens ou de l'appareil locomoteur.

On aura le soin d'observer dans ces signes qui peuvent faire soupçonner l'arachnitis, lorsque la maladie aura été produite par une cause externe, si la céphalalgie doit réellement être attribuée à l'inflammation de l'arachnoïde, ou si cette douleur n'est que l'effet de la phlegmasie du cuir chevelu ou du péricrâne ; cependant la prudence, dans tous les cas douteux, devra toujours faire supposer l'affection qui, par sa nature, est la plus grave.

31. Le symptôme qui a le plus de valeur après celui-ci, est le trouble des facultés intellectuelles. Ce trouble varie beaucoup par sa forme; c'est ordinairement une espèce de délire qui se lie à la constitution et aux habitudes du malade, mais qui n'est jamais très-violent dès le début. En traitant de chaque symptôme en particulier, nous exposerons plus en détail les caractères propres de celui-ci. Ce trouble est, pour la fréquence, dans le rapport d'un huitième environ.

32. L'appareil digestif décèle surtout, à cette première période, les rapports sympathiques qui

le lient à l'appareil cérébral, et qu'il présente tout aussi fréquemment dans cette affection que dans beaucoup d'autres; ainsi nous avons vu souvent de simples nausées, des vomissemens spontanés, particulièrement après l'ingestion des liquides même les plus doux: pour la fréquence, ils se trouvent en rapport avec le trouble des facultés intellectuelles. Leur cause est purement sympathique; car nous avons éliminé avec soin tous les cas où se sont fait remarquer des symptômes gastriques qui auraient pu les occasionner, ainsi que tous ceux dans lesquels nous avons cru trouver, à l'ouverture des cadavres, la plus petite trace d'inflammation de la muqueuse gastrique, ou la présence de substances étrangères dans l'estomac.

33. Le trouble de l'appareil locomoteur vient ensuite. Il consiste dans des convulsions ou des contractions qui, à cette époque, sont presque toujours partielles, bornées aux *extrémités supérieures* et à la face. Mais ce trouble est excessivement rare, et il doit faire soupçonner une existence antérieure et méconnue de la phlegmasie de l'arachnoïde.

Deux faits particuliers tendraient à faire croire que la maladie peut quelquefois débuter spontanément par une paralysie. Un de ces faits rapporté par Morgagni, et que nous avons cité,

observation v, ayant présenté un épanchement de pus dans un ventricule, par suite de métastase, on peut concevoir ce mode d'invasion brusque et apoplectique; mais la règle générale n'en persiste pas moins.

34. Viennent ensuite les différens troubles des sens, tels que des tintemens d'oreilles, des erreurs de vision, des défaillances, des vertiges, du strabisme, des changemens dans le caractère qui paraît alors triste, morose, acariâtre, insupportable. Quelquefois les malades se plaignent d'une douleur cervicale très-vive; mais ce symptôme est peu commun et ne s'est présenté que dans quelques cas où l'inflammation s'étendait à l'arachnoïde spinale. Le strabisme, les vertiges, un léger assoupissement, le changement dans le caractère, etc., sont souvent les seuls symptômes que présentent les enfans particulièrement disposés à l'arachnitis de la base, et qui, généralement ne rendent point compte de leurs sensations. En général, s'il existe dans le mode d'invasion quelques symptômes cérébraux, autres que la céphalalgie, ces symptômes ne sont que très-peu marqués, et ne peuvent être aperçus qu'avec une scrupuleuse attention; aussi, faut-il s'aider des symptômes généraux, comme de la fièvre qu'on néglige dans les autres circonstances, de la rougeur des conjonctives, de la colo-

ration de la face et des divers signes de congestion cérébrale.

Il faut aussi étudier attentivement la nature de l'assoupissement dans lequel peuvent être plongés les enfans, et qu'on pourrait attribuer à la souffrance d'un autre organe, ce qui arrive en effet quelquefois. Enfin, il paraîtrait d'après quelques faits qui nous ont été communiqués, que chez les adultes, l'état comateux peut quelquefois paraître dès le début; mais ce mode d'invasion que nous n'avons jamais vu par nous-mêmes, doit être excessivement rare. Toujours le côma a été précédé de quelques symptômes cérébraux, auxquels on ne fait que peu d'attention.

35. Dans l'arachnitis par cause externe, on remarque souvent un frisson avec dessèchement de la plaie extérieure, et l'on fait débuter l'arachnitis de cette époque; mais ordinairement elle a déjà plusieurs jours de durée, c'est la céphalalgie qui l'a annoncée. Ces derniers symptômes, les frissons, paraissent davantage dépendre de l'établissement de la suppuration. Nous ne les avons pas remarqués à la même période de la maladie, dans l'arachnitis par cause interne.

En général les signes qui caractérisent l'invasion, sont toujours les mêmes; le sexe et la constitution n'y apportent que peu de différence, et les

symptômes que nous ont offerts les femmes, les adultes, les vieillards, étaient semblables à peu de chose près. Chez les enfans seulement, nous avons remarqué quelques modifications dépendantes de leur excessive irritabilité, et surtout de la région différente de l'arachnoïde où siége l'inflammation. Ces différences de caractères se rapportent surtout à l'assoupissement et aux divers désordres de l'appareil locomoteur.

En résumé, nous voyons que les signes de cette première période ou du mode d'invasion, sont : une céphalalgie plus ou moins intense ; un désordre plus ou moins marqué dans les facultés intellectuelles, et variable pour sa *forme ;* des vomissemens, des vomiturititions avec ou sans nausées ; quelquefois un léger assoupissement, surtout chez les enfans, des convulsions, des contractures des membres ou de la face, et très-rarement une paralysie locale ou générale ; un trouble notable des sens, tels qu'erreurs de vision, strabisme, vertiges, défaillances, tintement d'oreilles, altération dans le caractère du malade ; rarement douleurs cervicales, plus rarement encore coma spontané.

Nous ferons remarquer que nous avons compris sous le mode d'invasion, non seulement les symptômes qui apparaissent au début de l'arachnitis, mais bien aussi ceux qui, dans cer-

tains cas, ont été les premiers sensibles, quoique cependant l'arachnitis comptât déjà quelques jours de durée.

36. *Symptômes*.–Après avoir tracé les caractères du mode d'invasion, ou de la première période, on sera peut-être étonné de nous voir interrompre cette marche, et de ne pas décrire successivement les caractères de la seconde et ceux de la troisième; mais, comme nous l'avons déjà dit, c'est le haut intérêt que présente le mode d'invasion, qui seul a pu nous engager à en traiter à part. Comme les symptômes de la seconde période et ceux de la troisième sont beaucoup plus variés et beaucoup plus composés, qu'ils se rattachent davantage aux lésions des différens appareils, nous avons préféré traiter en particulier de chacun de ces appareils, en ayant soin d'indiquer quelle était l'époque de la maladie dans laquelle chaque symptôme se rencontrait, ce qui nous dispense en même tems des redites continuelles auxquelles, sans cela, nous aurions été exposés à chaque instant. C'est encore ce même motif et surtout la facilité qui en résultera pour le diagnostic, qui nous engagent à faire un article séparé pour la face, quoiqu'elle offre des symptômes qui appartiennent à plusieurs des appareils que nous devons examiner.

37. *Du Facies*.—Il suffit d'avoir tant soit peu

observé, pour savoir combien est important, dans la pratique de la médecine, l'examen de la face, qui seule, dans bien des circonstances, fournit presqu'autant de données que tous les autres appareils, pour arriver à un diagnostic facile et rigoureux. Si la face n'offre pas la réunion de tous les symptômes caractéristiques de l'arachnitis, nous allons voir qu'elle en présente plusieurs qui sont d'une assez grande importance.

38. Après un caractère particulier attaché à l'ensemble de la face, un aspect d'étonnement et de stupeur qu'il nous est impossible de décrire, mais qu'il suffit d'avoir vu quelquefois pour s'en bien pénétrer, les symptômes les plus saillans que nous offre cette partie, nous sont fournis par les pupilles et par le globe de l'œil.

Les pupilles sont ou dilatées, ou contractées, ou alternativement dans ces deux états; quelquefois elles sont immobiles à la plus vive lumière.

Le globe de l'œil présente une rougeur plus ou moins intense de la conjonctive, le strabisme d'un seul ou de deux yeux, la rotation continuelle de cette organe, son renversement en haut, enfin la paralysie de la paupière supérieure.

39. La contraction des pupilles a lieu indistinctement dans les trois périodes, au lieu que la dilatation est plus particulière à la seconde, et

surtout à la troisième. Plus d'un tiers des malades nous ont présenté ce phénomène. Ordinairement cet état de dilatation et de resserrement est permanent; mais quelquefois il change en peu de tems, de sorte que telle pupille qui le matin était dilatée, se trouve contractée le soir, et *vice versâ*. Les alternatives de dilatation et de resserrement peuvent être assez rapides pour être aperçues par l'œil, mais cela ne s'observe que très-rarement.

40. L'immobilité absolue des pupilles à la plus vive lumière, ne se voit qu'à la fin de la troisième période, et lorsque tous les symptômes sont arrivés au plus haut degré d'intensité.

41. La rougeur de la conjonctive est très-fréquente, et souvent même assez intense pour caractériser une véritable ophtalmie; les stries grisâtres qui ternissent alors la cornée transparente et lui donnent un aspect pulvérulent, ne sont dues qu'à une espèce de suppuration ou d'exsudation albumineuse d'une nature particulière.

42. Le strabisme se voit à-peu-près dans la proportion d'un dixième; le plus ordinairement, il affecte les deux yeux, quelquefois aussi il ne se rencontre que sur un seul, mais cela est rare. Quoique l'œil puisse se porter dans toutes les directions, c'est cependant du côté de l'angle interne qu'il se dirige principalement : ce strabisme, ainsi que la rotation continuelle des yeux

dans les orbites, s'observent le plus ordinairement vers la troisième période, et quelquefois même dans la seconde. Ce sont en général des symptômes peu communs et qui se rencontrent de préférence chez les enfans.

43. Le renversement des yeux en haut et la paralysie des paupières se présentent plus fréquemment et appartiennent particulièrement à la fin de la seconde et à la troisième période.

44. Les erreurs de vision et le clignotement des paupières sont de ces symptômes peu communs, qu'on remarque qnelquefois par hasard et qui n'ont aucune valeur particulière. Il n'en est pas de même de l'exaltation excessive de la sensibilité de la rétine, exaltation qui peut suffire dans certains cas pour faire présumer l'existence de l'arachnitis.

Nous ferons remarquer en terminant ce qui a rapport au globe de l'œil, que ses lésions appartiennent spécialement à l'arachnitis de la base, surtout pour ce qui a rapport à la direction des axes, à la dilatation des pupilles et aux mouvemens convulsifs.

45. L'appareil musculaire de la face paraît souvent dans un grand désordre, et nous offre plusieurs phénomènes dignes de remarque ; le premier et le plus important de tous, est le trismus qui est aussi fréquent dans l'arachnitis

suppurée, que dans celle qui ne l'est pas ; plus d'un cinquième des malades nous l'ont offert ; il appartient à la seconde et à la troisième période, rarement il se présente dans la première. Les grincemens de dents et l'écume de la bouche, qui paraissent affecter la même époque de l'arachnitis, ne se remarquent, dans la plupart des cas, que chez les sujets en bas âge.

Les convulsions de la face sont un peu moins fréquentes ; on peut y rapporter le rire sardonique, les mouvemens de mastication et le tremblement de la lèvre inférieure. Ces symptômes appartiennent à la seconde période, presque jamais à la première. La déviation de la bouche est un symptôme excessivement fugace ; nous ne l'avons observé que neuf fois d'une manière bien tranchée.

46. Généralement dans l'arachnitis, la face est rouge et animée ; quelquefois pourtant nous l'avons trouvée pâle et décolorée.

47. Après avoir étudié les symptômes du *facies*, nous allons tour à tour passer en revue ceux que présente chaque appareil, en les examinant successivement l'un après l'autre, d'après leur ordre de fréquence.

Appareil sensitif. — Les symptômes les plus fréquens, les plus faciles à saisir et qu'on peut regarder comme presque caractéristiques de l'a-

rachnitis, nous sont fournis par l'appareil sensitif. Ce sont le trouble de l'intelligence dans lequel on comprend le délire ; le simple assoupissement ou le coma ; la céphalalgie ; la stupeur ; enfin l'altération de la sensibilité générale et des sens en particulier.

48. Le délire varie beaucoup pour sa forme, sa durée et les objets sur lesquels il s'exerce: nous l'avons vu bien caractérisé et dans toute sa force chez quatre-vingt-neuf malades, et peut-être l'aurions-nous trouvé plus fréquemment, s'il nous avait été possible de les observer dans tout le cours de leur maladie. Il affecte de préférence les adultes qui sont plus disposés à l'arachnitis de la convexité. Il est tantôt gai et tantôt triste ; nous avons vu quelques malades crier, vociférer, s'agiter dans tous les sens ; mais cela est rare, le plus souvent ils sont calmes, tranquilles et marmotent entre leurs dents des paroles inarticulées; on les dirait alors plongés dans une espèce d'ivresse. Ce délire n'est pas toujours opiniâtre ; on peut en retirer assez facilement les malades en les excitant un peu : alors ils vous répondent avec justesse sur ce qu'ils éprouvent. Mais abandonnés à eux-mêmes, ils retombent promptement dans leur premier état. Le délire présente ce caractère dans la première et surtout dans la seconde période, où il est continu, quelquefois

rémittent et rarement intermittent. Dans la troisième, on ne peut plus le considérer comme existant, vu l'anéantissement des facultés intellectuelles.

Le délire constitue le passage de la première à la seconde période, c'est lui qui forme le principal caractère de l'inflammation de la convexité des hémisphères.

D'autres malades, qui ne délirent pas, sont indolens, hébétés, maussades, irrascibles, ou, contre leur naturel, gais, enjoués jusqu'à la déraison. Chez presque tous on remarque une diminution des facultés cérébrales, ou une impossibilité presque complète de les mettre en jeu ; de sorte que beaucoup ne prononcent que des monosyllabes. Nous avons vu un individu qui, pendant plusieurs jours, n'a pu dire que *us us*. Cet état qui subsiste quelquefois pendant toute la maladie, est ordinairement le précurseur du délire, lorsqu'il ne le constitue pas.

49. L'assoupissement profond et continuel qui prend souvent le caractère du coma, observé seulement pendant la première et la seconde période, vient, pour l'importance, après le délire. Nous l'avons rencontré quatre-vingt-deux fois. Il est plus fréquent chez les enfans que chez les adultes, et caractérise, étant joint à d'autres symptômes, l'inflammation de l'arachnoïde de la

base, que nous verrons par la suite être l'apanage de l'enfance : aussi chez ces derniers, il constitue la seconde période, conjointement avec les symptômes d'irritation qui l'accompagnent.

Ce phénomène, le plus fréquent de tous, si l'on veut tenir compte de la fin de la troisième période, ne constitue réellement à cette époque qu'une véritable agonie, et perd en conséquence toute sa valeur comme symptôme.

L'assoupissement a cela de commun avec certains délires propres à l'arachnitis, qu'on peut le faire cesser momentanément en excitant le malade ; mais, comme dans le délire, cela ne peut avoir lieu que dans son début; car dans la seconde partie de la deuxième période et dans la troisième, il est continuel et opiniâtre. Lorsque l'arachnitis suit sa marche ordinaire, ce symptôme ne paraît point avant la fin de la première période ; nous l'avons cependant remarqué quelquefois dès le début ; ces cas sont excessivement rares: nous en avons parlé en décrivant le mode d'invasion.

5o. La céphalalgie, symptôme d'une si haute importance au début de l'arachnitis, conserve toute sa valeur dans le cours de la première et de la seconde période ; on la rencontre presque chez tous ceux qui ont conservé leur raison, ou qui peuvent la recouvrer momentanément lorsqu'on les excite ; d'où il résulte qu'elle s'observe

beaucoup plus long-tems chez les enfans. Il est presque probable que cette céphalalgie existe dans une période plus avancée, et que si les malades ne s'en plaignent point, c'est qu'absorbés par la violence du mal, ils ne sont plus en état de distinguer leurs propres sensations ni de les exprimer. A cette seconde période, nous avons encore pu reconnaître ce symptôme sur plus de la moitié des sujets observés.

Cette céphalalgie offre quelques particularités sous le rapport de la nature de la douleur ; jamais les malades ne l'expriment de la même manière ; ils se plaignent de pesanteur, d'élancemens, d'engourdissemens, etc., souvent ils la comparent à l'action de causes qu'ils ne connaissent pas, ou qu'ils n'ont jamais éprouvées ; ce qui démontre leur incertitude à son égard, en même tems qu'ils nous donnent l'idée de la variété de forme dont elle est susceptible.

Cette céphalalgie est ordinairement générale, quelquefois elle n'occupe qu'un côté de la tête ; nous l'avons vue une ou deux fois quitter brusquement son siége primitif pour venir se fixer ailleurs ; elle n'indique pas toujours le siège de la lésion, comme nous le démontrerons par la suite.

51. La stupeur, caractérisée par une sorte d'abandon et d'inertie générale, un aspect étonné et tout particulier de la face, alternant avec

les autres symptômes, ou les accompagnant, est propre à toutes les périodes, mais surtout aux deux premières, où le *facies* conserve une expression beaucoup plus marquée.

52. La diminution de la sensibilité générale est dans le rapport de plus d'un cinquième en ne l'examinant qu'à la fin de la première, et dans le cours de la seconde période ; cette diminution est constante dans la troisième, puisqu'elle marche toujours avec le coma.

53. L'altération de la vue, de l'ouïe, de la parole, très-fréquente dans la troisième période, ne mérite alors aucune attention spéciale : mais lorsqu'elle arrive à la première, elle confirme les autres symptômes et facilite le diagnostic.

54. Nous avons remarqué quelquefois : mais assez rarement, une insomnie opiniâtre, sans que nous ayons pu découvrir la cause de ce symptôme si contraire à l'assoupissement et au coma.

55. Enfin, contre la règle générale, quelques sujets, en présentant tous les autres phénomènes propres à l'arachnitis, conservent jusqu'au dernier moment leur intelligence libre et parfaite. On n'en peut tirer aucune conséquence dans l'arachnitis de la convexité où cette intégrité de l'intelligence est excessivement rare ; mais, il n'en est pas de même dans l'arachnitis de la

base, dans laquelle les facultés intellectuelles sont plutôt empêchées que troublées et dans un véritable désordre, comme cela s'observe dans le premier genre d'arachnitis (1).

56. *Appareil locomoteur.* L'appareil locomoteur présente dans l'arachnitis plusieurs genres d'altération qu'on peut rapporter à trois principaux :

1°. Un état de contraction et de rigidité local ou général.

2°. Un état de paralysie local ou général.

3°. Un état convulsif, également local ou général.

Nous ajoutons à ces trois états, l'agitation qui dénote plutôt un trouble de l'économie tout entière, qu'une lésion particulière de l'appareil locomoteur.

57. Ce dernier symptôme, l'agitation, est pour la fréquence, dans le rapport d'un cinquième environ; elle tient à la première période et particulièrement à la seconde; elle est caractérisée par une inquiétude vague, des pandiculations, l'impossibilité de rester un moment dans la même

---

(1) Voyez, pour le complément de ce qui a rapport aux différens caractères de l'arachnitis, relatifs aux diverses régions enflammées, la partie de la clinique où nous traitons spécialement du siége. Chap. 1er., art. 1er. *Siége*.

position. Ce phénomène n'a pas beaucoup de valeur en lui-même, car étant commun, dans la première période, à un grand nombre de maladies, il ne peut aider que faiblement au diagnostic. Cependant on ne doit point le négliger.

58. Il n'en est pas de même des convulsions; elles sont, avec la paralysie et les diverses contractions, un des signes les plus carastéristiques de l'arachnitis. Les convulsions générales se remarquent, au moins chez le tiers des malades. Elles sont assez constamment accompagnées d'un état de rigidité des parties qu'elles affectent. Celles qui sont partielles sont beaucoup moins fréquentes que les précédentes, et sont presque toujours suivies de flaccidité. (1) Les convulsions sont beaucoup plus communes chez les enfans; elles appartiennent de préférence à la deuxième période et au commencement de la troisième. Elles sont plus prononcées dans les extrémités supérieures qui en sont presque exclusivement le siége. Quelquefois, mais plus rarement, nous

(1) Dans l'examen de ce dernier symptôme, il faut se méfier des lésions de la pulpe, qui en sont assez ordinairement accompagnées; mais la paralysie du sentiment et du mouvement pourra aider à la distinction, la paralysie partielle n'étant que très-rare dans l'arachnitis, tandis qu'au contraire elle forme le caractère principal des altérations de la pulpe.

les avons vues bornées à un seul côté du corps. Elles peuvent aussi se fixer sur le col, en même tems que sur les autres parties.

59. La contraction des muscles avec rigidité, attaque, suivant leur ordre de fréquence, les muscles de la mâchoire, ceux de la partie postérieure du col, ceux des extrémités supérieures et inférieures, quelquefois ceux de la région postérieure du tronc. Dans un seul cas, nous l'avons trouvée fixée aux muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

Les contractions avec rigidité, ou contractures, appartiennent principalement à tout le cours de la seconde, et à la première partie de la troisième période; elles sont quelquefois continuelles; mais le plus ordinairement elles offrent des alternatives de relâchement qui se répètent à des intervalles assez rapprochés; elles ont également lieu sur les extenseurs et sur les fléchisseurs; car si l'on saisit le bras lorsqu'il est fléchi, on ne peut l'étendre, de même qu'on ne peut le fléchir lorsqu'il est tendu; cette contraction n'est pourtant pas si violente qu'on ne puisse vaincre la résistance par un effort prolongé : on s'aperçoit quelquefois alors qu'elle cède brusquement, mais cela n'a pas toujours lieu. Les muscles des mâchoires et surtout ceux de la partie postérieure du col, paraissent opposer une résistance beau-

coup plus forte que ceux du bras ; ce qui tient peut-être, pour la mâchoire, au peu de longueur du lévier sur lequel on agit. Dans le col, elle est ordinairement si considérable, qu'en soulevant la tête, on élève le tronc tout d'une pièce sans lui faire éprouver le moindre mouvement de flexion. Quelquefois cette rigidité est plus sensible d'un côté que de l'autre. Chose remarquable, nous ne l'avons observée qu'une seule fois dans les muscles de la partie antérieure du col.

60. La paralysie générale est, de tous les symptômes fournis par l'appareil locomoteur, le moins fréquent et le moins important.

Quant à la flaccidité qui succède à la contraction ou aux convulsions, elle n'a lieu qu'à la fin de la troisième période, et peut être considérée alors comme une perte de la puissance locomotrice.

L'hémiplégie, au contraire, mérite beaucoup plus d'attention ; nous l'avons vue plusieurs fois survenir instantanément dans le cours de la première et de la seconde période ; mais c'est généralement dans l'arachnitis par cause externe, que nos malades nous l'ont présentée.

La paraplégie, la prostration, etc., sont des accidens que nous avons quelquefois observés, mais auxquels nous n'avons pu reconnaître de cause directe.

Quant aux soubresauts, ils n'expriment rien en particulier qu'un trouble de l'appareil qui nous occupe : symptôme commun à une multitude d'affections, il en annonce la gravité sans jeter le plus petit jour sur l'essence de la maladie.

61. *Appareil digestif.* — En parlant du mode d'invasion, nous avons exposé tout ce que présente de remarquable l'appareil digestif, sous le rapport des vomissemens et des nausées. Ces symptômes s'observent encore pendant la fin de la première période, et souvent dans le cours de la seconde chez les enfans.

Toutes les autres modifications que peut offrir cet appareil, varient beaucoup ; aucune n'appartient en propre à l'arachnitis, si ce n'est la constipation qui est un caractère assez constant de cette phlegmasie, quel que soit en général l'âge du sujet. Lorsque l'inflammation de l'arachnoïde est simple, la langue est ordinairement blanchâtre ; mais d'autres fois elle est sèche, rouge, noirâtre, fuligineuse, tremblante, etc. ; ce qui a lieu dans les complications de péripneumonie, de gastrite ou d'autre affection abdominale ; mais à cet égard, il n'y a rien de constant.

62. *Appareil circulatoire.* — Il est la plupart du tems troublé par l'arachnitis ; mais ce trouble variant beaucoup, et étant commun à toutes

les maladies un peu graves, il cesse d'avoir quelque valeur. Le plus ordinairement le pouls est fréquent; quelquefois, au contraire, il est lent. Il n'est pas rare de le trouver intermittent, et souvent irrégulier, surtout dans la troisième période. En général la nature des complications, l'âge et surtout la constitution du malade influent sur cet appareil d'une manière plus remarquable que sur tous les autres. Nous avons eu plusieurs fois occasion de nous assurer que la fréquence du pouls ne paraît, dans certains cas, que vers la fin de la seconde période, caractère qui présente quelques rapports avec les lésions de la pulpe.

63. *Appareil respiratoire.* — Dans l'arachnitis simple, la respiration n'est pas ordinairement altérée, si ce n'est à la fin de la troisième période, peu de tems avant la mort. Mais les lésions qu'elle présente alors, comme la fréquence, le râle, le stertor, n'ont point de caractère particulier; elles sont communes à toutes les agonies. Cet état d'intégrité des fonctions respiratoires appartient spécialement à toutes les maladies de l'encéphale.

Il n'en est pas de même dans les complications; la lésion de la respiration est alors en rapport avec la nature et la fonction de l'organe affecté et avec la gravité de la maladie. On conçoit que la respiration doit offrir de la gêne, de

la fréquence et bien d'autres troubles dans les complications de péripneumonie, de péricardite, de péritonite et de pleurésie, comme nous en avons grand nombre d'exemples.

Le hoquet est un symptôme que nous avons observé plusieurs fois à la fin de l'arachnitis : il peut durer deux ou trois jours en paraissant et disparaissant alternativement. On doit le regarder comme un signe de très-mauvais augure.

64. *Habitude du corps.* — Elle n'offre point dans l'arachnitis de symptômes bien tranchés et bien caractéristiques ; toutes les particularités qu'elle présente appartiennent à la plupart des maladies aiguës et surtout aux phlegmasies.

Ce que nous observons de plus digne de remarque sur l'ensemble du corps, se réduit à l'état de la chaleur, à la sécheresse de la peau, à la sueur qui la couvre, à la coloration particulière, enfin à l'attitude que prennent ordinairement les malades.

La chaleur est le plus souvent élevée et uniformément répandue sur toute la surface de la peau. C'est vers la seconde période qu'elle est ordinairement la plus forte : à la fin de la maladie elle diminue généralement, et présente alors beaucoup de variété pour sa distribution. Dans des cas, à la vérité assez rares, nous avons vu cette variété dans la distribution de la chaleur,

depuis le moment de l'invasion jusqu'à l'instant de la mort, et cela, de la manière la plus singulière et la plus tranchée ; ainsi, nous l'avons trouvée bornée à la tête, le corps étant froid ; nous avons également observé la face glacée, tandis que notre main pouvait à peine supporter la chaleur du corps. Un fait fort remarquable s'est offert à nous : pendant tout le tems de la maladie qui fut assez longue, le visage n'a cessé de présenter des variations de température dans ses différentes parties ; souvent une pommette était froide, tandis que l'autre était rouge et très-chaude ; souvent aussi cette différence avait lieu entre le front et le bas du visage. Cette variation dans la distribution de la chaleur qu'on remarque fréquemment dans les fièvres dites ataxiques, indiquerait-elle dans ce cas une complication de phlegmasie des méninges ? Nous n'osons l'affirmer, n'ayant point sur ce sujet de faits bien certains et bien concluans.

La peau est en général sèche pendant la première période ; dans la seconde, elle est quelquefois humide ou même couverte d'une sueur très-abondante. Cette sueur peut, dans certains cas, être générale ; le plus ordinairement elle est bornée au visage, où elle présente alors un certain degré de viscosité ; mais ce caractère qui n'a lieu qu'à la fin de la maladie, n'est probablement qu'un effet de l'agonie.

Dans quatre ou cinq circonstances particulières, nous avons vu la peau prendre une teinte jaunâtre, comme ictérique, sans qu'il nous ait été possible de découvrir la cause de cette singularité.

Le décubitus n'a rien par lui-même qui soit propre à l'inflammation qui nous occupe ; il est dans l'arachnitis ce qu'il est dans toutes les maladies qui affectent profondément l'économie, et surtout dans celles où le cerveau et ses facultés sont fortement compromis ; le plus ordinairement, le malade est abattu, dans un état d'inertie et de prostration complètes, presque toujours couché sur le dos, les membres et le corps obéissant à leur propre poids. Cette description du décubitus, commun à la fin de la seconde période et à toute la troisième, ne conviendrait pas à la première, dans laquelle il présente alors un grand nombre de variétés qu'il serait aussi long qu'inutile de décrire.

65. Nous dirons ici deux mots d'une odeur particulière que répandent quelquefois les malades ; cette odeur ne peut être comparée qu'à celle qu'exhale la souris ; elle ne se développe qu'à la fin de la seconde période, et nous a toujours paru d'un très-fâcheux augure. Elle semble se lier avec l'émission involontaire des urines, qui stagnant alors dans le lit du malade, acquiert par la chaleur une odeur excessivement forte.

66. *Mode de terminaison :* La loi que nous nous sommes imposée de n'employer dans la composition de cette histoire générale que des observations avec ouverture du cadavre, nous exempte en partie de parler du mode de terminaison. Nous dirons cependant que l'arachnitis a presque toujours une fin funeste, et qu'il est assez rare de voir ceux qui en ont offert tous les symptômes, recouvrer complétement la santé. Chez plusieurs personnes qui ont succombé à des affections tout à fait étrangères, mais qui avaient présenté antécédemment des symptômes d'arachnitis, nous avons trouvé des traces non équivoques de cette inflammation, telles que des adhérens, des épaississemens, qui n'ont pu s'établir que par une phlegmasie préalable, ce qui prouve que l'arachnitis est susceptible de guérison. Nous examinerons plus tard de quelle manière s'opère le passage à l'état chronique, état qui paraît déterminer alors assez fréquemment l'aliénation mentale, comme ont eu occasion de le vérifier différens observateurs.

67. *Pronostic :* Ce que nous venons de dire sur le mode de terminaison, s'applique en entier au pronostic qui est toujours des plus fâcheux. L'assoupissement profond, dans l'arachnitis bornée à la convexité, annonce ordinairement que le malade n'a pas plus de trois ou quatre jours à

vivre. Le seul pronostic favorable qu'on pourrait signaler, serait une diminution sensible et constante des accidens, et un retour graduel à la santé; c'est du moins ce que nous avons observé sur quelques malades, qui ont guéri après avoir présenté tous les symptômes de cette affection.

ARTICLE II.

Anatomie pathologique.

68. Les diverses lésions organiques que l'on trouve à l'ouverture des cadavres de ceux qui ont succombé à l'arachnitis, peuvent se réduire :

1°. A une simple rougeur de l'arachnoïde.

2°. A l'épaississement, à l'augmentation de densité et à la perte complète de transparence de cette membrane.

3°. A une exsudation purulente, séro-purulente, séro-gélatineuse à sa surface.

4°. A la formation de fausses membranes.

5°. A un épanchement séreux dans les ventricules, entre les feuillets de l'arachnoïde ou dans le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère, avec une ou plusieurs des lésions énoncées ci-dessus.

69. La rougeur de l'arachnoïde, qui caractérise son inflammation, offre quelques variétés relativement à son étendue et à son intensité. Le

plus ordinairement elle est bornée à quelques points de la convexité ou de la base du cerveau ; quelquefois elle occupe toute l'étendue d'un hémisphère ou même toute l'arachnoïde , et pénètre jusque dans l'intérieur des ventricules; mais cette dernière particularité est extrêmement rare. Cette rougeur de l'arachnoïde varie depuis une teinte légèrement rosée jusqu'au rouge le plus foncé : dans ce dernier cas, lorsque l'inflammation n'est pas générale, la rougeur se fond toujours insensiblement avec le reste de la membrane.

Il faut bien se garder de confondre avec l'inflammation de l'arachnoïde, la simple congestion sanguine de cette membrane , et l'injection des vaisseaux de la pie-mère qu'elle tapisse. Dans la simple congestion, ou dans le cas d'injection, la teinte rouge ne paraît pas combinée avec le tissu de la séreuse : en la lavant , en la comprimant entre les doigts , en la raclant légèrement avec le scalpel, on lui rend la totalité ou seulement une partie de sa transparence ; sa densité n'est pas augmentée. Tous ces moyens sont sans effet dans la véritable inflammation. L'injection apparente de l'arachnoïde étant le plus souvent due à celle de la pie-mère, il faut avoir le plus grand soin de les détacher l'une de l'autre, dans les endroits où cette séparation est possible : nous les avons indiqués au chapitre de son anatomie.

70. Souvent à la place de cette rougeur on trouve l'arachnoïde épaissie d'une manière notable, ce qui lui donne un aspect blanchâtre, laiteux ; on dirait alors que l'inflammation a désorganisé son tissu, et qu'elle a fait sur l'arachnoïde ce qu'elle opère sur la cornée transparente, à la suite de violentes ophtalmies. Lorsque cet épaississement est fort considérable, il ôte a la membrane toute sa transparence, et augmente de beaucoup sa densité ; on peut alors exercer sur elle une traction à laquelle elle n'aurait pas résisté dans l'état sain. Ce défaut de transparence n'est pas toujours accompagné d'épaississement bien sensible; la membrane conserve quelquefois toute sa ténuité et sa souplesse, et n'offre qu'un aspect laiteux.

L'épaississement n'est pas ordinairement général : nous l'avons presque toujours vu distribué par plaques plus ou moins étendues. C'est au centre de ces plaques qu'il est le plus considérable; il diminue insensiblement à mesure qu'on s'en éloigne; il n'est pas dû à la présence d'une fausse membrane ; il se fait dans le tissu même de l'arachnoïde : il paraît dépendre d'une augmentation de nutrition et d'une altération dans son organisation. Il n'est pas rare de voir une teinte rosée, reste d'inflammation, circonscrire entièrement la portion blanchâtre.

71. La suppuration est une terminaison qui se rencontre fréquemment, et qui se présente sous différens aspects. Dans la plupart des cas, le pus est étendu à la surface de l'arachnoïde, et y forme une couche extrêmement mince, peu adhérente à son feuillet externe, et susceptible d'être enlevée avec facilité lorsqu'on râcle l'arachnoïde à l'aide d'un instrument. Alors on trouve la membrane rouge ou épaissie, et quelquefois légèrement villeuse.

Rarement le pus se trouve réuni en foyer considérable ; mais on le voit plutôt disséminé çà et là à la surface de la membrane ; quelquefois il est ramassé en gouttelettes. Il varie beaucoup pour sa couleur, sa nature et sa consistance ; dans d'autres cas, il fait corps avec la séreuse elle-même, et est intimement uni aux mailles qui la composent. Quelquefois on ne trouve à sa place qu'un liquide séreux, plus ou moins abondant, infiltré dans les cellules même de l'arachnoïde, ce qui représente assez bien l'œdème de la glotte. Nous avons aussi rencontré le pus répandu sur toute la surface de la membrane ; mais ces cas sont extrêmement rares ; le plus ordinairement il est borné à la convexité des deux hémisphères ou d'un seul, ou même à quelques points de la base, et spécialement alors vers l'entrecroisement des nerfs optiques et la protubérance annulaire.

72. Nous assimilons à la suppuration un produit particulier, que nous avons trouvé assez fréquemment à la suite des arachnitis : il consiste dans la formation d'une couche gélatineuse, absolument semblable à celle qu'on rencontre dans quelques tumeurs enkistées des ovaires. Cette concrétion est formée par un tissu cellulaire dans les mailles duquel se trouve renfermée de la sérosité et une espèce de gélatine tremblante. En pressant cette masse, on en exprime tout le liquide, et il reste entre les doigts une sorte de membrane très-inégale et d'une certaine consistance. C'est principalement dans les inflammations de la convexité et de la base, surtout dans celles du voisinage du carré des nerfs optiques, que l'on observe cette infiltration particulière, qui n'est jamais très-étendue, et peut avoir jusqu'à deux et trois lignes d'épaisseur : il n'est pas rare d'y trouver du pus mélangé.

73. D'autres fois, l'arachnoïde est recouverte de véritables fausses membranes assez semblables à celles qu'on retrouve à la surface des autres séreuses; leur organisation nous a paru souvent assez parfaite, pour qu'il fût possible d'y reconnaître des vaisseaux sanguins tellement développés, qu'on peut même les injecter facilement avec le mercure. Nous avons observé ces fausses membranes sur la convexité du cerveau et du cervelet, plus souvent qu'à la base et

dans les ventricules. Elles présentaient à leur centre jusqu'à près d'une ligne d'épaisseur, et allaient en s'amincissant vers la circonférence; quelques-unes avaient jusqu'à trois pouces de diamètre.

74. Chez presque tous les sujets qui succombent à l'arachnitis, on rencontre un épanchement séreux qui, le plus ordinairement, ne va pas au delà d'une once, et qui, dans ce cas, ne mérite que peu d'attention. Mais souvent aussi cet épanchement est plus considérable et s'élève au delà de trois, quatre et même six onces. Communément le liquide est contenu dans la cavité d'un seul ou des deux ventricules, et quelquefois simultanément dans le troisième et le quatrième. Souvent aussi il est disséminé sur toute la surface de l'arachnoïde qui en est en quelque sorte baignée; toute cette sérosité se ramasse à la base du crâne, lorsqu'on retire le cerveau de sa cavité; elle est presque toujours limpide, quelquefois lactescente et même floconneuse : dans quelques cas, nous l'avons trouvée légèrement rosée ou rougeâtre. Toutes les fois qu'il existe un épanchement d'une certaine abondance dans les ventricules, on peut le reconnaître avant que ceux-ci soient ouverts; car alors les circonvolutions cérébrales se trouvent singulièrement aplaties et effacées. L'épanchement séreux s'observe spécialement dans l'arachnitis de la base et

dans celle des ventricules : aussi le remarque-t-on plus souvent chez les enfans (1).

75. Nous avons déjà parlé des adhérences qu'on rencontre sur les diverses parties de l'arachnoïde, et qui indiquent, lorsqu'elles deviennent celluleuses, une ancienne inflammation ; ces adhérences dégénèrent quelquefois en véritable tissu osseux. (Bichat.)

Nous ne dirons également qu'un mot de ces légères granulations que nous a présentées l'arachnoïde des ventricules dans quelques hydropisies de ces cavités ; nous ignorons entièrement leur nature et leur mode de développement ; nous ne pouvons en donner une meilleure idée qu'en les comparant aux granulations qu'offrent la plevre et le péritoine, après certaines inflammations chroniques. Lorsqu'elles sont sensibles, elles donnent à cette membrane un aspect poudreux : pour les observer, il faut regarder l'arachnoïde au grand jour et horisontalement.

Ces recherches sur les altérations qu'on remar-

---

(1) Il faut distinguer cet épanchement séreux dépendant de l'arachnitis, de celui qui s'observe chez les vieillards, et qui paraît souvent n'être qu'une hydropisie essentielle : nous profitons de cette occasion pour avertir que nous n'entendons nullement faire, dans cet ouvrage, l'histoire de l'hydropisie des vieillards, lorsqu'elle ne dépend pas de l'inflammation de l'arachnoïde.

que à la suite de l'arachnitis, ayant été faites dans des intentions purement pratiques, doivent nécessairement laisser beaucoup à désirer sous le rapport des détails d'anatomie pathologique. Nous avons cru ne pas devoir nous y appesantir davantage, afin de ne pas perdre de vue le principal objet de ce travail, qui est de faciliter le diagnostic des maladies cérébrales. Nous ne pourrions d'ailleurs rien ajouter à ce qu'ont dit sur ce sujet quelques-uns de nos maîtres et plusieurs de nos anciens condisciples, dans des ouvrages et des dissertations qui sont entre les mains de tout le monde.

76. Le tableau que nous allons mettre sous les yeux, indiquera, mieux qu'une longue description, quelles sont les parties de l'arachnoïde le plus souvent enflammées : on y verra que, par l'ordre de fréquence, c'est l'inflammation de la convexité du cerveau qui prédomine de beaucoup sur toutes les autres ; que celle de la base vient ensuite ; que celle de la convexité d'un seul hémisphère ne vient qu'en troisième ligne ; qu'enfin celle de la convexité du cervelet, celle de sa base, celle de l'intérieur des ventricules latéraux, de la protubérance annulaire et de la face interne des hémisphères sont beaucoup moins ordinaires. On y verra aussi dans quelle proportion l'arachnitis coïncide avec

les épanchemens séreux et avec les affections de la pulpe.

SIXIÈME TABLEAU.

DE LA FRÉQUENCE DES LÉSIONS ORGANIQUES.

NATURE DE LA LÉSION.	PARTIES AFFECTÉES.	Arachn. suppur.	Arachn. non suppur.	Total.
Inflammation de l'Arachnoïde.	Convexité des hémisphères cérébraux	65	26	91
	Base du cerveau.	34	22	56
	Convexité d'un seul hémisphère	22	4	26
	Face interne des hémisphères	4	»	4
	Ventricules latéraux. . .	11	3	14
	La convexité du cervelet.	10	9	19
	La base du cervelet . . .	7	7	14
	Protubérance annulaire. .	8	1	9
Épanchement séreux avec arachnitis	dans un seul ventricule latéral.	6	3	9
	dans les deux ventricules latéraux	29	18	47
	à la surface du cerveau. .	7	8	15
Affections de la pulpe cérébrale ou cérébelleuse, coïncidant avec l'inflammation de l'arachnoïde.	. . . .	30	18	48

SEPTIÈME TABLEAU.

PARALLÈLE DES DIVERSES RÉGIONS DE L'ARACHNOÏDE ENFLAMMÉE, AVEC LES AGES, SUR 107 SUJETS.

ARACHNITIS.	1er. septénaire. Premier septen. de la vie	1er. septénaire. Total.	2e. septénaire. 2e. septén. de la vie	2e. septénaire. Total.	Total des deux septén.	Total général des deux septén.	Adultes. Adultes.	Adultes. Total.	Total général.	Total.
De la base avec sérosité dans les ventricules.....	9		5		14		5		19	
— sans sérosité....................	1	10	»	7	1	17	3	8	4	25
— et des ventricules avec sérosité......	»		2		2		»		2	
— des ventricules et de la convexité avec séros.	1		1		2		3		5	
— et de la convexité avec sérosité......	»	1	1	6	1	7	11	21	12	28
— et de la convexité sans sérosité.......	»		4		4		7		11	
De la convexité avec sérosité dans les ventricules...	2		»		2		20		22	
— sans sérosité.	1	3	3	3	4	6	21	46	25	52
— et des ventricules avec sérosité.....	»		»		»		5		5	
Des ventricules seulement avec sérosité.........	1	1	»	»	1	1	1	1	2	
	15	+	16	=	31	+	76	=	107	

77. Il résulte de ce tableau :

1°. Que sur cent-sept individus, il y en a trente-un qui n'ont point passé quatorze ans, et soixante-seize, au delà de cet âge.

2°. Que, sur les trente-un enfans, il y en a quinze dans le premier septénaire de la vie, et seize dans le deuxième.

3°. Que l'inflammation de la base de l'arachnoïde du cerveau avec ou sans sérosité dans les ventricules, ce qui est très-rare, s'est présentée dix-sept fois ; dix fois dans le premier septénaire et sept dans le second.

4°. Que l'inflammation de la base et de la convexité avec ou sans sérosité dans les ventricules, cet épanchement étant moins commun que dans le cas précédent, a eu lieu sept fois, dont une dans le premier septénaire et six dans le second.

5°. Que l'inflammation de la convexité de l'arachnoïde avec ou sans sérosité dans les ventricules, cet épanchement devenant encore plus rare, a été observée six fois, dont trois dans chaque septénaire.

6°. Enfin, qu'une seule fois on a rencontré l'inflammation bornée à la seule arachnoïde des ventricules, et cela dans le premier septénaire.

D'où l'on peut conclure, pour les *enfans*, que l'arachnitis de la base est d'autant plus fréquente

que l'âge du sujet est moins avancé, et que l'épanchement séreux dans les ventricules est d'autant plus commun que l'arachnitis affecte la base ou les parties voisines.

Pour ce qui a rapport aux soixante-seize adultes, on voit :

1°. Que l'inflammation de la base, avec ou sans sérosité dans les ventricules, ne s'est présentée que huit fois, l'épanchement séreux ayant existé sur cinq.

2°. Que l'inflammation de la base et de la convexité, avec ou sans sérosité, celle-ci étant moins fréquente que dans le cas précédent, a eu lieu vingt-une fois.

3°. Que l'inflammation bornée à la seule convexité, avec ou sans sérosité dans les ventricules, l'une et l'autre ayant lieu à-peu-près dans les mêmes rapports, a été observée cinquante-une fois.

4°. Que l'arachnitis des seuls ventricules n'a été remarquée qu'une seule fois.

D'où il résulte, pour les *adultes*, que l'inflammation de la convexité seule, est la plus fréquente de beaucoup ; que celle de la convexité et de la base vient ensuite ; enfin celle de la base seule, et que l'épanchement séreux est d'autant plus fréquent que l'arachnitis se rapproche davantage de la base.

Si nous établissons le parallèle des adultes et des enfans, nous voyons pour dernier résultat :

78. 1°. Que l'arachnitis de la base est plus fréquente chez les enfans, tandis que celle de la convexité prédomine chez les adultes.

79. 2°. Que chez les uns et les autres, l'épanchement des ventricules est d'autant plus fréquent que l'arachnitis se rapproche davantage de la base et des ventricules ; d'où la fréquence de cette hydropisie chez les enfans.

80. 3°. Que l'arachnitis générale est beaucoup plus rare chez les enfans que chez les adultes.

81. *La plupart des maladies* qui ont quelqu'analogie avec l'arachnitis, appartiennent à des affections de l'appareil cérébral ; quelques-unes de ces affections comme l'apoplexie, les commotions, etc., sont bien connues ; d'autres n'ayant pas été aussi bien étudiées, présentent encore beaucoup d'obscurité. Jusqu'à ce que nous ayons fait, pour ces dernières, le même travail que nous venons de présenter sur l'arachnitis, il nous sera impossible de donner la différence qui existe entre toutes ces affections, et les moyens que nous avons pour les distinguer. Une fois ce travail terminé, nous nous proposons de passer en revue toutes les affections cérébrales, de les mettre en rapport les unes avec les autres, de distinguer les symptômes qui sont propres à chacune d'el-

les, ceux qui leur sont communs, et les altérations organiques qui les caractérisent. Nous examinerons ensuite la classe des fièvres, celle des phlegmasies, et toutes les affections nerveuses qui, par les relations sympathiques ou directes qu'elles ont avec le cerveau, simulent des maladies de cet organe, au point qu'il est difficile et souvent même impossible de saisir les différences qu'elles peuvent avoir entr'elles. Ce travail particulier, qui sera le complément de tous les autres, nous épargnera des répétitions fastidieuses que nous n'aurions pas pu éviter sans cela.

82. *Complication.* Les maladies qui peuvent compliquer l'arachnitis sont, ou des lésions cérébrales, ou des lésions non cérébrales. Mais les plus importantes de ces complications, soit pour leur valeur, soit pour la difficulté du diagnostic, sont, sans contredit, les lésions cérébrales. Par les motifs que nous venons d'exposer, nous ne pouvons pas nous en occuper d'une manière spéciale : nous ne laisserons pas cependant, dans la clinique, d'exposer quelques faits, qui, par l'intérêt qu'ils présentent, se trouvent en quelque sorte liés à cette partie de l'arachnitis, et complètent le tableau des descriptions particulières que nous y avons ajoutées. Sans anticiper sur notre prochain travail, nous nous contenterons d'ajouter à chacun de ces faits quelques

réflexions qui jetteront sur eux assez de clarté, pour qu'il soit facile de reconnaître l'affection principale au milieu des complications. C'est au chapitre qui traite de la partie clinique que ces détails se trouvent naturellement renvoyés, ainsi que ceux qui ont rapport aux complications de lésions non cérébrales.

ARTICLE III.

Physiologie pathologique.

83. Nous entendons par physiologie pathologique, la théorie, l'explication des divers symptômes, dont la réunion forme le diagnostic de l'arachnitis. Cet article va nous fournir le sujet de nouvelles recherches qui auront pour but de déterminer, si chaque phénomène prend sa source dans des altérations organiques constantes, ou bien, au contraire, s'il n'est soumis à aucune loi fixe, s'il dépend uniquement de la manière de réagir de chaque individu. Dans ce nouvel examen, fidèles au plan et à la marche que nous avons suivis jusqu'ici, ce n'est pas par des raisonnemens, mais uniquement par des faits, que nous essayerons de résoudre cette question. Pour cela, nous allons passer successivement en revue les principaux symptômes que présente l'arachnitis, et les mettre en parallèle avec

les lésions auxquelles on a attaché le plus d'importance.

84. *Dilatation des pupilles.* — On ne peut regarder l'épanchement dans les ventricules, ni celui qui existe à la convexité ou à la base du cerveau, comme la cause unique de ce symptôme; car sur vingt-six malades qui nous ont offert la dilatation des deux pupilles, nous avons trouvé :

1°. Sur onze d'entr'eux, un épanchement dans les deux ventricules.

2°. Sur deux, un épanchement dans un seul ventricule.

3°. Chez quatre, point d'hydropisie des ventricules; mais un épanchement à la surface des hémisphères et à la base du cerveau.

4°. Chez un seul, point d'hydropisie des ventricules, mais un épanchement sur un seul hémisphère.

5°. Sur huit enfin, nous n'avons pas trouvé la plus légère trace d'épanchement.

Cinq malades nous ont offert la dilatation d'une seule pupille : chez quatre d'entr'eux il y avait un épanchement dans les deux ventricules, et chez le cinquième un épanchement dans le ventricule du côté opposé à la dilatation.

Si l'on rapproche de ces résultats toutes les observations d'arachnitis avec épanchement, où l'on n'observe point la dilatation des pupilles.

on se persuadera encore davantage, que l'on ne doit pas avoir une confiance trop grande dans ce symptôme, et qu'il ne faut pas croire qu'il existe un épanchement, par cela seul qu'on trouve les pupilles dilatées. Cependant nous ferons remarquer que ce phénomène est beaucoup plus fréquent dans l'arachnitis de la base où l'hydropisie des ventricules est presque essentielle, bien que l'on trouve encore de nombreuses exceptions.

Nous allons présenter un tableau qui fera embrasser d'un coup-d'œil, le résultat que nous venons d'offrir, et d'où l'on pourra conclure, que la dilatation des pupilles (1) n'a pas un rapport constant, essentiel, avec un épanchement soit dans les ventricules, soit dans toute autre partie.

---

(1) Voulant faire suivre de quelques histoires particulières, chacun des symptômes dont nous essayons de donner ici la théorie, nous avons pensé qu'il serait plus convenable de ne présenter que des extraits de ces observations, le chapitre de la clinique renfermant un nombre plus que suffisant de faits complets dans lesquels on pourra prendre une idée précise des formes dont est susceptible de se revêtir l'arachnitis.

HUITIÈME TABLEAU.

DE LA DILATATION DES PUPILLES, MISE EN PARALLÈLE AVEC LES ÉPANCHEMENS CÉRÉBRAUX.

Dilatation des pupilles, avec épanchement dans les deux ventricules.	11
Dilatation des deux pupilles, avec épanchement sur les deux hémisphères du cerveau et à la base, sans hydropisie des ventricules	4
Dilatation des deux pupilles, épanchement dans un seul ventricule latéral.	2
Dilatation des deux pupilles, épanchement sur un seul hémisphère, sans épanchement dans les ventricules . .	1
Dilatation des deux pupilles, sans épanchement.	8
Dilatation d'une seule pupille, épanchement dans les ventricules.	4
Dilatation d'une seule pupille, avec épanchement dans le ventricule du côté opposé.	1
	51

SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères. — Dilatation de la pupille gauche et contraction de la pupille droite. — Nul épanchement dans les ventricules.

Desforges (Marie-Thérèse), âgée de 38 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution

forte et vigoureuse, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 juillet 1818.

On n'a que des renseignemens vagues et incertains sur son état, avant son entrée à l'hôpital; il paraît cependant que depuis long-tems elle éprouvait des anxiétés, du malaise, des lassitudes spontanées, du dégoût pour toute espèce d'exercice, des douleurs vagues dans les jambes et le dos, une céphalalgie très-vive et continuelle. Ces symptômes augmentant chaque jour d'intensité, la douleur de tête surtout étant portée au point de développer du délire, on prescrivit un émétique.

Après le vomitif, la céphalalgie devint plus forte, le délire augmenta, il y eut des mouvemens convulsifs dans les membres.

Ces accidens durèrent trois jours, sans qu'on leur opposât le moindre traitement; ce ne fut que le quatrième, que deux saignées furent pratiquées; ce jour-là, elle entra à l'Hôtel-Dieu; elle était alors dans l'état suivant : Face pâle et décolorée, langue humide sans rougeur, ventre souple, sensible, très-douloureux à la pression, surtout dans la région épigastrique et dans la fosse iliaque droite; respiration gênée, stertoreuse, plus fréquente que dans l'état naturel, par fois soupirs profonds; poitrine sonore dans tous les points; pouls lent, plein, fort et régulier;

contraction des extrémités supérieures, crampes momentanées dans les doigts, soubresauts des tendons; yeux larmoyans, conjonctives rouges et injectées, *pupille du côté droit contractée*, celle du *côté gauche dilatée*, l'une et l'autre immobiles; strabisme des yeux en dehors; profond assoupissement; plaintes continuelles; les paupières entr'ouvertes laissent apercevoir le globe oculaire renversé en haut; chaleur peu élevée; peau souple, recouverte d'une sueur peu abondante et légèrement visqueuse. — Douze sangsues de chaque côté du cou et douze sur le ventre. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — Toute l'arachnoïde, qui tapisse la face supérieure ainsi que les parties latérales des hémisphères cérébraux, était épaissie, opaque et plus dense que dans l'état naturel. Lavée avec soin, cette membrane conservait un aspect laiteux et blanchâtre; une couche purulente fort épaisse était uniformément répandue entr'elle et la pie-mère, en même tems qu'elle était infiltrée dans les mailles de la séreuse. L'arachnoïde des ventricules *qui ne contenaient rien* nous parut saine, non granulée, enfin dans son état naturel.

Le cerveau et le cervelet avaient leur consistance ordinaire.

Les organes renfermés dans le thorax étaient parfaitement sains.

On ne trouva aucune trace d'inflammation dans les viscères abdominaux.

HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Contraction d'une pupille, dilatation de l'autre, puis dilatation des deux. — Epanchement abondant dans les deux ventricules.

Un enfant de dix ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, se plaignit, tout à coup, de lassitude générale et de douleurs dans le dos, la tête et le ventre; une médecine fut administrée, mais n'améliora pas sa position; au cinquième jour, il survint du délire, de la fièvre et d'autres accidens.

Le sixième jour, céphalalgie, loquacité, *dilatation des deux pupilles*, agitation continuelle des membres supérieurs.

Le septième jour, même état.—Vésicatoire à la nuque, émétique.

Le huitième jour, loquacité, assoupissement; paralysie de la paupière supérieure gauche, yeux fixes, *pupille droite contractée, pupille gauche largement dilatée;* ventre balloné, douloureux; constipation; pouls petit, fréquent.— Sangsues sur l'hypogastre, sinapismes.

Le neuvième jour, assoupissement plus considérable; yeux dirigés en haut, *dilatation des*

deux pupilles qui sont insensibles à l'action de la lumière ; mouvemens convulsifs des masseters ; lèvres fuligineuses ; constipation ; ventre rétracté ; pouls petit, fréquent. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — Cinq onces de sérosité légèrement lactescente, distendaient les ventricules du cerveau.

L'arachnoïde de la base était épaissie, infiltrée d'albumine demi-concrète et présentait des traces manifestes d'inflammation.

Rien de particulier dans les autres cavités, si ce n'est un peu de rougeur du canal digestif.

(Mitivié, Dissertation.)

NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Dilatation inégale des deux pupilles. — Epanchement abondant dans les deux ventricules.

Un enfant de trois ans, entre à l'hôpital pour une angine gutturale, un catarrhe intense et quelques symptômes cérébraux légers. Observé plus particulièrement le sixième jour de son entrée, il était dans l'état suivant : Coma profond, rigidité très-forte des membres, plus grande à droite qu'à gauche ; paupières à demi-fermées ; globes des yeux tournés en haut et en

dedans ; *pupilles très-dilatées*, *immobiles ;* rigidité des mâchoires, peau chaude et brûlante ; respiration bruyante ; pouls fréquent, dur, irrégulier. — Glace sur la tête, sinapismes, vésicatoire au vertex.

Le huitième jour, même état que la veille. —Quatre grains d'émétique, lavement purgatif.

Le neuvième jour, *les pupilles toujours dilatées recouvrent leur mobilité ;* rigidité des membres moindre à droite qu'à gauche.

Au dixième jour, *la pupille gauche est beaucoup plus dilatée que la droite* ; cris plaintifs. Cet état persiste jusqu'à la mort qui arrive le lendemain.

Ouverture du cadavre. — Quatre onces au moins de sérosité, réparties également dans les ventricules latéraux.

Inflammation de l'arachnoïde dans le voisinage de la selle turcique, entre la protubérance annulaire et le carré des nerfs optiques ; elle est couverte dans tous ces points d'une concrétion albumineuse de l'épaisseur de trois à quatre lignes.

Un petit tubercule dans la substance du cerveau.

Quelques tubercules dans les poumons.

(Observation recueillie par le docteur Moulin.)

85. *Contractions des pupilles.* — Elle vient

confirmer ce que nous avons avancé relativement à la dilatation. Même incertitude sur la cause réelle, et même variété dans les altérations organiques.

Neuf malades nous ont offert cette contraction sur les deux pupilles; chez six, il existait un épanchement séreux dans les deux ventricules, tandis que chez les trois autres, nous n'avons pas trouvé la moindre trace d'épanchement.

Dans deux cas, la contraction des pupilles n'eut lieu que d'un seul côté, quoique les deux ventricules fussent également pleins.

Enfin, nous avons vu quatre fois un épanchement, dans les deux ventricules, correspondre à des alternatives continuelles de dilatation et de resserrement. Dans tous ces cas, il y avait en outre du pus sur la convexité des deux hémisphères.

Ces derniers résultats touchant l'état de contraction des pupilles, rentrent essentiellement dans ce que nous avons dit de la dilatation, et sont une nouvelle preuve de l'inconstance de ces deux symptômes auxquels on ne doit pas donner trop de confiance, à moins que l'ensemble des phénomènes ne soit en rapport direct avec eux. C'est principalement dans la première période de l'arachnitis que l'on doit s'en méfier; car alors il y a moins de probabilité pour la dilatation, et plus pour la contraction.

NEUVIÈME TABLEAU.

DE LA CONTRACTION DES PUPILLES, MISE EN PARALLÈLE AVEC LES ÉPANCHEMENS CÉRÉBRAUX.

Contraction des deux pupilles, avec épanchement séreux dans les deux ventricules latéraux.	6
Contraction des deux pupilles, sans épanchement. . . .	3
Contraction d'une seule pupille, avec sérosité dans les deux ventricules.	2
Alternatives de contraction et de dilatation des pupilles, avec épanchement dans les deux ventricules.	4
	15

DIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères. — Contraction des deux pupilles. — Epanchement dans les deux ventricules.

Hubert François, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution frêle et délicate, entra à l'Hôtel-Dieu, dans le mois de mars 1814, pour une légère affection catarrhale, à laquelle on ne fit pas beaucoup d'attention. Trois semaines après son entrée à l'hôpital, comme il restait faible et languissant, que son appétit ne revenait pas, on le mit à l'usage des amers et des préparations de quinquina.

Ces moyens employés pendant deux jours ne réussirent pas ; au contraire, il survint de l'agitation, de l'insomnie, des mouvemens spasmodiques suivis d'une sorte de somnolence.

Ces accidens augmentèrent le lendemain. Le surlendemain au matin, la perte de connaissance, l'abolition de tous les sens, l'immobilité, étaient complètes ; les pupilles *se contractèrent d'une* manière remarquable, surtout la *gauche ;* la respiration s'embarrassa ; le pouls s'affaiblit, et la mort arriva vers le soir.

Ouverture du cadavre. — Deux onces de sérosité limpide dans les ventricules latéraux.

Concrétion albumineuse de plus d'une ligne d'épaisseur sur tout l'hémisphère gauche, avec épaississement et opacité de l'arachnoïde.

Dans les fosses occipitales, du côté droit, cette membrane était sensiblement enflammée et revêtue d'une couche albumineuse moins épaisse et moins consistante que celle qui se trouvait sur l'hémisphère gauche.

Rougeur assez vive des bronches.

La muqueuse de l'estomac, des intestins grêles et des gros intestins, était saine et dans son état naturel ; il en était de même des différens viscères qui sont contenus dans la cavité de l'abdomen.

ONZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères et de la base. — Contraction et dilatation alternatives des pupilles pendant tout le cours de la maladie. — Épanchement dans les deux ventricules.

Une jeune fille de dix-neuf ans, habitait depuis long-tems les salles de M. Récamier, pour une affection chronique du bas-ventre et de la poitrine; elle n'avait pas encore été réglée.

Elle est prise, sans cause connue, de céphalalgie et de douleurs dans les membres.

Le sixième jour, contracture des bras; convulsions par intervalles; face rouge et animée; injection des yeux qui sont ouverts et hagards; *pupilles contractées et immobiles.*

Le septième jour, même état; perte complète de l'intelligence; *pupilles dilatées.* Jusqu'au dixième jour, même état et alternatives continuelles de *contraction* et de *dilatation des pupilles.* Ce changement se remarque quelquefois à plusieurs reprises dans la même journée.

Les accidens vont toujours en augmentant jusqu'au onzième jour, époque de la mort.

Ouverture du cadavre. — Sérosité trouble et très-abondante dans les deux ventricules latéraux. — Inflammation générale de l'arachnoïde

qui recouvre les hémisphères du cerveau. — Vers la base, elle est épaissie, terne, injectée et jaunâtre. — Celle qui revêt le cervelet a le même aspect, et présente de plus quelques points de suppuration.

Pleurésie et péritonite chroniques, remarquables par une multitude de petits tubercules miliaires.

86. *Rotation du globe de l'œil.* — Ce symptôme est assez rare et ne s'est encore présenté à nous que dans le cas où l'arachnitis était déjà arrivée à l'état de suppuration. Cinq fois nous l'avons vu sur les deux yeux, et outre la présence du pus que nous avons trouvé constamment à la base de la protubérance annulaire, nous avons encore rencontré quatre fois un épanchement dans les deux ventricules, et une seule fois l'épanchement borné à un seul.

Dans un autre cas où la rotation n'existait que d'un seul côté, nous avons trouvé, comme dans les autres, une suppuration de la base, et au lieu d'épanchement, un ramollissement de la couche optique du côté opposé.

Lorsque nous nous occuperons des affections de la pulpe, nous aurons occasion de parler plus amplement de cette dernière altération et du rapport qu'elle peut avoir avec la rotation.

Ce petit nombre de faits peut tout au plus

faire soupçonner la suppuration de l'arachnoïde de la base, principalement chez les enfans; mais ils sont loin d'en être un indice certain, car nous avons rencontré un grand nombre de fois cette suppuration de la base, sans que la rotation ait jamais existé.

DIXIÈME TABLEAU.

DE LA ROTATION DU GLOBE DE L'ŒIL.

Rotation des deux yeux, épanchement dans les deux ventricules, épanchement purulent vers les côtés de la protubérance annulaire, et vers la commissure des nerfs optiques.	4
Rotation d'un seul œil, ramollissement de la couche optique opposée, épanchement purulent à la base. . . .	1

Nota. Depuis la formation de ce tableau, nous avons eu de nouvelles occasions de rencontrer cette rotation, que nous pouvons affirmer appartenir davantage à l'enfance, et d'une manière spéciale à l'arachnitis de la base. On peut consulter pour ce symptôme, ainsi que pour tous ceux dont il est fait mention dans ce troisième article, la série des observations contenues dans la partie clinique de cet ouvrage.

87. *Strabisme.* — Ce symptôme s'est rencontré avec la suppuration de l'arachnoïde qui recouvre l'entrecroisement des nerfs optiques et la protubérance annulaire. Souvent à la sup-

puration de cette partie s'est ajoutée une hydropisie des ventricules latéraux. Nous avons vu le strabisme des deux yeux, la sérosité n'existant que dans un seul ventricule ; nous l'avons vu borné à un seul œil, et nous avons trouvé un épanchement purulent des deux côtés de la base ; enfin, dans quelques cas où il n'existait d'épanchement ni dans les ventricules ni à la base, le strabisme était double.

Ces diverses altérations organiques, se rencontrant dans une multitude de cas où l'on n'observe point le strabisme, on doit conclure que si ce symptôme a quelque valeur pour indiquer l'arachnitis de la base, il n'en a pas assez pour qu'on puisse le regarder comme caractère essentiel de la phlegmasie de cette région, puisqu'on le trouve avec diverses lésions de la pulpe, etc.

Lorsque le strabisme se joint aux autres phénomènes caractéristiques de l'arachnitis, il mérite alors plus d'attention, et peut jeter quelque jour sur le diagnostic de la maladie. Mais cependant nous conseillons d'être très-réservé, et d'attendre, pour prononcer, que des observations ultérieures soient venues fixer d'une manière plus certaine l'opinion qu'on doit se former de ce symptôme.

ONZIÈME TABLEAU.

DU STRABISME.

Strabisme double, avec sérosité dans les deux ventricules, pus vers l'entrecroisement des nerfs optiques, et sur les côtés de la protubérance annulaire	4
Strabisme double, sérosité dans un ventricule, épanchement sanguin dans la couche optique opposée	1
Strabisme double, point d'épanchement dans les ventricules, pus vers l'entrecroisement des nerfs optiques, altération d'une couche optique	2
Strabisme double, point d'épanchement dans les ventricules, point de suppuration à la base du cerveau . . .	1
Strabisme simple, sérosité dans un ventricule, pus vers l'entrecroisement des nerfs optiques.	1
Strabisme simple, sérosité dans les deux ventricules, pus vers la protubérance annulaire	1

88. *Trismus.* — Ce symptôme et les différentes convulsions de la face se sont présentés avec toutes les lésions communes à l'arachnitis.

89. *Déviation de la bouche.* — Cette déviation, qui a tant de valeur dans les affections de la pulpe cérébrale et surtout dans les hémorrha-

gies de cette partie, comme nous le ferons voir lorsque nous en traiterons d'une manière spéciale, n'offre point de résultat satisfaisant dans l'arachnitis ; nous l'avons vue une fois avec un épanchement sanguin dans le ventricule d'un côté et un épanchement séreux du côté opposé, lequel était celui qui correspondait à la déviation. Dans toutes les autres circonstances où elle s'est présentée à nous, l'autopsie cadavérique, a chaque fois démontré des lésions différentes. L'on peut consulter, pour ce qui a rapport à l'inconstance de ce symptôme, ce que nous en disons dans la section des symptômes particuliers, à l'article de la clinique.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères du cerveau. — Déviation de la bouche à droite. — Nul épanchement partiel.

Un homme de quarante-cinq ans, éminemment sanguin, éprouve subitement, après un violent accès de colère, un anéantissement moral complet, suivi de fièvre, de frissons et d'autres symptômes annonçant une lésion grave des organes de la poitrine et du bas-ventre.

Seize jours après, des accidens cérébraux tels qu'une céphalalgie violente, du délire, un trismus se manifestent.

Ces accidens durent quatre jours, en augmentant d'intensité ; *la bouche se dévie fortement à droite ainsi que les yeux.* Rigidité du bras du même côté. La déviation persiste pendant deux jours, c'est-à-dire, jusqu'à l'instant de la mort.

Ouverture du cadavre. — Point d'épanchement dans les ventricules ni à la base du cerveau. — Inflammation et épaississement de l'arachnoïde, sur la partie supérieure de l'un et l'autre hémisphère où elle est recouverte d'une légère fausse-membrane affectant la forme d'une zône de quinze à vingt lignes de long, sur trois ou quatre de large.

Inflammation considérable du colon.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, avec déviation de la bouche à gauche ; double épanchement plus prononcé à droite. — Contraction avec rigidité à gauche. — Convulsions à droite.

Un homme, âgé de soixante ans, était convalescent d'une fièvre bilieuse, lorsqu'il fut pris tout à coup d'une forte céphalalgie qui s'accompagna, le lendemain, de contraction avec rigidité du bras gauche, sans convulsions, et d'une forte *déviation de la bouche à gauche.* Il s'y joignit des convulsions spontanées à droite, et tous les

autres symptômes communs à l'arachnitis ; il mourut deux jours après, ayant été vingt-quatre heures sans connaissance, et la flaccidité des membres ayant succédé à la roideur.

Ouverture du cadavre. — Plusieurs onces de sérosité trouble dans le *ventricule droit*, un peu moins dans le gauche; le troisième et le quatrième en contiennent un peu.

Inflammation générale de l'arachnoïde qui est épaissie et infiltrée d'une quantité notable de sérosité trouble, répandue dans le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère. Cerveau sain.

Outre l'intérêt que nous offre cette observation, par la déviation de la bouche à gauche, ce qui suppose une paralysie des muscles du côté droit, et conséquemment un épanchement plus considérable à gauche, théorie que l'autopsie dément ici complétement, en nous montrant l'épanchement beaucoup plus sensible à droite, nous voyons encore les membres supérieurs du côté droit en convulsions, c'est-à-dire, du même côté que la paralysie, et ceux du côté droit, c'est-à-dire, du côté où l'épanchement était le plus considérable, dans un état de rigidité, ce qui forme une irrégularité manifeste, la rigidité et la déviation de la bouche ayant eu lieu du côté opposé à l'épanchement, tandis que les convulsions ont existé du même côté.

90. *Coma.* — Dans plusieurs affections de l'encéphale, ce symptôme indiquant, la plupart du tems, un état de compression exercée sur le cerveau, par un épanchement, on pourrait penser qu'il doit reconnaître la même cause dans l'arachnitis. Mais comme on le trouve dans l'inflammation non suppurée, dans celle où l'arachnoïde est simplement épaissie et opaque, ainsi que dans les cas où il n'a existé aucune ou presqu'aucune trace d'épanchement dans les ventricules ou à la base du crâne ; que d'un autre côté, l'on rencontre de larges exsudations purulentes à la surface de l'arachnoïde, d'abondans épanchemens dans ses cavités, sans que le coma en ait été pour cela plus profond, ou même qu'il ait existé, on peut être porté à conclure que ce symptôme ne reconnaît point pour cause essentielle et unique l'épanchement, qu'il n'en est pas l'expression nécessaire, mais qu'il peut aussi dépendre du collapsus, dans lequel la maladie jette l'encéphale.

On peut consulter pour de plus amples détails la partie de la clinique, où nous traitons spécialement des siéges de l'arachnitis.

Le coma a lieu de préférence dans l'arachnitis de la base, vers l'entrecroisement des nerfs optiques et le voisinage de la protubérance annulaire, comme on peut s'en assurer en jetant un

coup-d'œil sur l'article, *base* (clinique de l'arachnitis).

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis suppurée de la convexité de l'hémisphère droit. — Point de coma ni aucun symptôme de paralysie.

Le 1er avril 1814, on apporte à l'Hôtel-Dieu un homme de 60 ans environ, grand, fort, assez replet, et d'une constitution apoplectique. Depuis trois jours, à la suite d'une vive frayeur, il était dans l'état suivant : face rouge, animée ; clignotement des paupières, mouvemens convulsifs de la face, de la mâchoire inférieure et des lèvres ; trouble complet des facultés intellectuelles, il appelle des personnes absentes, injurie celles qui l'entourent, croit tomber dans la rivière, dans un précipice, etc., se livre à des mouvemens très-violens pour éviter ce danger imaginaire ; les membres supérieurs et inférieurs sont dans un tremblement continuel ; soubresauts des tendons extrêmement fréquens ; tantôt il avale avec avidité la boisson qu'on lui présente, tantôt il la rejette au loin. Cet état persiste toute la journée. Il meurt dans la nuit.

A l'ouverture du cadavre, au-dessous de la

dure-mère, on trouve une espèce de calotte formée par l'épaississement de l'arachnoïde de l'hémisphère droit, infiltrée d'un liquide seroso-purulent.

Le reste de l'arachnoïde et du cerveau ne présentaient rien de particulier.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis suppurée de la convexité des hémisphères cérébraux et cérébelleux. — Epanchement floconneux, abondant, dans les ventricules. — Point de coma sensible.

Un tailleur, d'un tempérament bilieux, âgé de 36 ans, ayant la goutte fixée sur les articulations du pied gauche, avait fait le voyage de Bordeaux à Paris. 15 jours après son arrivée, la douleur du pied aggravée par la marche, diminue et devient très-supportable. Aussitôt, il se développe une céphalalgie vive avec élancemens, occupant toutes les régions de la tête. Il garde le repos et se met à la diète pendant quelques jours. La céphalalgie diminue sans cependant céder complétement.

Le douzième jour, la douleur de tête se réveille.

Le quatorzième jour, face consternée, pâle, céphalalgie générale, difficulté à rendre compte

de son état; pouls naturel. — Saignée, sinapismes aux pieds.

Le quinzième jour, délire léger, augmentation de la céphalalgie, cris plaintifs, agitation, décubitus sur son séant; il évite autant que possible de mouvoir la tête.

Le seizième jour, même état, élancemens au vertex, arrachant des cris au malade. — Sangsues aux tempes, julep avec sirop diacode.—Nuit tranquille, sommeil léger.

Le dix-septième jour, céphalalgie obtuse avec paroxismes de douleurs. Le soir, cris, anxiétés, délire.

Le dix-huitième jour, agitations, mouvemens automatiques de tout le corps, mais non de la tête, délire. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — L'arachnoïde cérébrale de toute la partie supérieure des hémisphères, était épaissie d'une demi-ligne, opaque, avec infiltration d'une matière puriforme dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien.

Même état de l'arachnoïde de la face supérieure du cervelet.

Epanchement de quatre cuillerées de sérosité verdâtre, trouble, avec quelques légers flocons albumineux, dans les ventricules latéraux.

Cerveau généralement ramolli.

Tous les autres viscères sains.

91. *Céphalalgie.* — Elle accompagne toutes les lésions de l'arachnoïde, soit qu'il n'y ait qu'une simple inflammation, soit qu'il existe un épanchement séreux ou purulent. Elle paraît n'être pas toujours la même, soit pour la nature de la douleur, soit pour son intensité. Le siége même de cette douleur, lorsqu'elle n'est pas générale, n'indique pas toujours le lieu et l'étendue de la lésion, comme on le verra par les nombreux exemples que nous donnerons dans le cours de cet ouvrage.

92. *Délire.* — Ce symptôme paraît se lier avec l'arachnitis non suppurée de la convexité des hémisphères du cerveau ou du cervelet. Il paraît appartenir davantage aux sujets jeunes, et à ceux chez lesquels la réaction est le plus fortement prononcée. Il ne se rencontre presque jamais avec l'inflammation de la base. Les recherches les plus scrupuleuses n'ont pu nous démontrer de rapport entre telle ou telle région de l'arachnoïde de la convexité enflammée, et tel caractère particulier de délire. (On peut voir, pour ce qui a rapport à ce symptôme, les nombreuses observations qui ont pour titre, Arachnitis de la convexité, et l'article spécial où nous traitons de l'inflammation de cette région.)

93. *Hémiplégie.* — Chez huit sujets qui nous ont présenté une hémiplégie ou un commence-

cement de paralysie d'un côté du corps, nous avons constamment trouvé un épanchement sur la convexité de l'hémisphère opposé, soit que cet épanchement fût borné à ce seul hémisphére, soit qu'il fût seulement plus abondant de ce côté. C'est surtout dans l'arachnitis par cause externe, par violence exercée sur le crâne, que nous avons remarqué ce phénomène, qui paraît dépendre de la plus grande quantité de pus épanché dans ces sortes d'arachnitis souvent bornées à un seul côté de la tête.

Cependant nous le dirons, quoique nous ayons trouvé l'explication de tous nos hémiplégiques, nous n'avons point été aussi heureux dans nos épanchemens partiels où nous n'avons pas toujours rencontré l'hémiplégie ou la paralysie, du côté opposé à ces épanchemens, venir fixer par cette contre-épreuve la théorie des épanche-chemens ; d'où il résulte que l'hémiplégie suppose un épanchement du côté opposé ; mais qu'un épanchement partiel n'est pas nécessairement suivi de l'hémiplégie.

94. *Convulsions, contractures, rigidité*. Ces différens symptômes sont loin de reconnaître une cause unique et invariable. Ainsi la rigidité et la contracture qui ont lieu en général du côté opposé aux convulsions, n'existent pas toujours du côté opposé à la portion de l'arachnoïde où siége

l'inflammation ou l'épanchement. Il en est de même des convulsions, qui étant le pendant des déviations, et existant du même côté qu'elles, devraient correspondre à celui où la cause irritante est la plus prononcée. Mais ces effets sont loin de toujours être constans, ainsi qu'on l'observe dans les inflammations et les suppurations partielles, qui ne sont pas toujours suivies de convulsions ou de contractures partielles; d'où il est facile de se convaincre que, dans l'état actuel, on ne peut tirer aucune conséquence rigoureuse et certaine, de l'existence de ces symptômes, relativement aux diverses altérations organiques, quoique cependant, ils puissent dans certains cas, se trouver en rapport avec les lésions indiquées. Dans la plupart des circonstances l'arachnoïde est enflammée dans toute son étendue, et l'hydropisie des ventricules est quelquefois seulement plus marquée d'un côté que de l'autre. En général, la flaccidité succède aux contractures comme aux convulsions : quant à ces dernières, qui peuvent s'accompagner de rigidité, elles existent du côté opposé aux paralysies, lorsque celles-ci coïncident avec elles.

95. *Vomissement.* — Il paraît être le résultat des sympathies qui unissent l'estomac à l'encéphale; il s'observe assez fréquemment comme nous l'avons dit; mais il nous a été impossible de

pouvoir le rallier à l'inflammation de quelque région particulière de l'arachnoïde. En effet, nous l'avons vu coïncider avec la phlegmasie de la convexité, comme avec celles des ventricules et de la base auxquelles il paraît davantage appartenir. Nous l'avons également observé avec et sans épanchement séreux dans les ventricules, dans l'arachnitis suppurée comme dans celle qui ne l'était pas. Il semble dépendre surtout de l'irritation de l'arachnoïde, et se rencontre le plus généralement dans la première période où l'exaltation de la sensibilité est plus développée.

96. Il est facile de voir par le peu d'enchaînement, par le peu de correspondance qui existe entre les symptômes de l'arachnitis et les diverses lésions organiques qui l'accompagnent, qu'il sera toujours très-difficile de reconnaître pendant la vie, tout l'ensemble des désordres dont l'arachnoïde peut être le siége. Il paraît que la seule inflammation de cette membrane détermine un trouble plus ou moins notable, dans toutes les fonctions du cerveau, avec lequel elle se trouve unie par les connexions les plus intimes et par des rapports sympathiques que nous sommes bien loin de connaître à fond. C'est à ces rapports qu'il faut attribuer ce trouble et ce désordre de l'ensemble du système sensitif, qui font

de l'arachnitis une maladie si remarquable ; et, quoiqu'au milieu de cette obscurité, nous croyons avoir pu distinguer les caractères de l'arachnitis de la convexité de ceux qui sont propres à l'arachnitis de la base, et nous être rendu raison de l'irrégularité apparente de la marche de cette maladie, nous pensons que de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour rendre compte de certaines variétés, pour expliquer l'inconstance et la singularité de certains phénomènes ; en un mot, pour lever entièrement le voile dont cette maladie peut encore rester couverte.

97. Nous terminerons ici ce que nous avons à dire sur la physiologie pathologique, en présentant un tableau qui fera embrasser d'un coup-d'œil les rapports qui existent (1) entre les épanchemens, les inflammations partielles, et les convulsions, déviations, contractures, rigidités et paralysies. De cette manière, nous mettrons cha-

(1) Nous n'entendons pas dire par là que tel ou tel phénomène se lie nécessairement à telle espèce de lésion ; loin de nous de vouloir rien avancer d'aussi hypothétique, et de vouloir donner pour loi des caractères fugaces et aussi peu certains ; nous ne cherchons qu'à placer quelques jalons pour favoriser les recherches à ce sujet, en donnant pour base ce que la théorie des apoplexies a démontré en partie.

cun à même de déterminer sur le champ, d'après l'état de convulsions, de déviation, de contracture, de rigidité ou de paralysie d'une région quelconque, le lieu où doit exister l'épanchement ou l'inflammation. Nous éviterons par là des recherches très-fatigantes, pour ceux qui n'ont pas l'habitude de ce genre de travail.

DOUZIÈME TABLEAU.

CONVULSIONS, DÉVIATIONS, CONTRACTURES, RIGIDITÉS, PARALYSIES,

Mises en parallèle avec les diverses lésions organiques qui les déterminent dans la plupart des cas.

CONVULSIONS ...... DÉVIATIONS	du côté des épanchemens et des inflammations.
CONTRACTURES ..... RIGIDITÉS .... PARALYSIES	du côté opposé des épanchemens et des inflammations.
CONVULSIONS .... DÉVIATIONS	du côté opposé des contractures, rigidités et paralysies.

ARTICLE IV.

Traitement (1).

98. Si le travail que nous venons de présenter sur l'arachnitis a accéléré son diagnostic et jeté quelque jour sur sa véritable nature, il doit être plus facile d'en diriger le traitement et de remplir les différentes indications qu'elle peut offrir.

Pourquoi faut-il que dans cette affection, plus fréquemment encore que dans toutes les autres, le médecin soit souvent réduit à n'être que le spectateur des ravages rapides de la maladie, sans pouvoir en arrêter la marche, ou même en enrayer quelques symptômes.

Cependant, comme tous les sujets attaqués d'arachnitis ne paraissent point irrévocablement condamnés à la mort, et qu'il semble que les moyens mis en usage peuvent et doivent réussir,

---

(1) Nous ne prétendons pas traiter ici de tous les moyens qui ont été proposés contre l'arachnitis; nous voulons seulement poser les bases d'un traitement rationnel. D'un autre part, nous n'entrons pas dans les modifications que nécessitent les diverses complications de la maladie qui nous occupe, les méthodes thérapeutiques qui leur sont particulières, se trouvant amplement développées dans les ouvrages qui traitent de cette branche de l'art.

d'autant plus souvent que la maladie sera plus promptement reconnue, et combattue par des agens convenables, voyons ce que l'art prescrit dans ces circonstances, et rappelons auparavant, qu'en aucun cas, le précepte *principiis obsta*, n'a été d'une plus impérieuse nécessité.

Dans l'ordre à adopter pour l'exposition de ces moyens, nous commencerons par les plus efficaces, en traitant ensuite successivement chacun d'eux, suivant son importance particulière; nous appuierons également sur l'époque et la période de la maladie, où il convient davantage de les employer.

99. *Saignée.* — La saignée est, sans contredit, le moyen le plus puissant et sur lequel il faut principalement compter dans le traitement de l'arachnitis; elle est surtout utile, au moment de l'invasion, chez les sujets jeunes, forts et vigoureux, chez lesquels on remarque des symptômes de pléthore ou de congestion vers les extrémités supérieures; l'action de la saignée est toujours d'autant plus marquée et plus sensible, qu'elle est faite par une plus large ouverture, qui opère en peu de tems une déplétion subite, et amène un état voisin de la syncope; nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'avantage que l'on pouvait obtenir de cette espèce de défaillance, qui a fait cesser comme

par enchantement des céphalalgies atroces, accompagnées de divers accidens, qui tous pouvaient faire craindre l'invasion prochaine de l'arachnitis, si déjà ils n'en caractérisaient pas l'existence.

Nous ne doutons nullement des bons effets qu'on pourrait obtenir, en ouvrant deux veines différentes à la fois, pour avoir dans le même espace de tems une plus grande quantité de sang; les faits que nous possédons, ou dont nous avons été témoins, sont en trop petit nombre, pour que nous puissions les citer à l'appui de notre opinion; nous n'avons vu réellement que de simples essais, mais qui sont suffisans pour nous permettre d'avoir sur eux des idées fixes, surtout lorsque nous en rapprochons les succès constans et presque inespérés que nous avons obtenus avec cette méthode, dans quelques phlegmasies de la poitrine.

Est-il une région que l'on doive choisir de préférence pour pratiquer la saignée? Les faits observés par nous mêmes n'ont point été assez variés, pour que nous puissions avoir sur ce sujet des données bien certaines, car, par un hasard singulier, la saignée du bras a été presqu'exclusivement mise en usage, chez les malades dont nous rapportons les histoires; elle a été plusieurs fois, il est vrai, couronnée de succès, mais quel-

ques faits particuliers qui nous sont propres, et qu'il nous a été possible par cela même d'observer avec plus d'attention, nous ont prouvé que la saignée du pied avait une action beaucoup plus prompte, et que son effet était plus tranché, ce qui nous engage à lui donner la préférence ; nous ne sommes pas d'ailleurs les premiers qui aient fait ces remarques, sur l'efficacité plus grande de la saignée du pied dans ces sortes de circonstances ; la pratique particulière de plusieurs médecins célèbres, qui en ont été surpris tout comme nous, confirme ce que nous avançons ici ; elle est encore conseillée par tous les bons observateurs qui ont écrit sur les congestions cérébrales et les autres maladies de la tête.

Peut-on recourir à la saignée de la veine jugulaire, ou des ranines, ou même à la section des artères temporales et frontales, comme on le faisait autrefois, et comme le conseillent presque tous les anciens? Quoique nous ayons vu pratiquer toutes ces saignées, excepté celle des ranines, nous ne pouvons rien dire de positif à cet égard, rien qui puisse être appuyé sur un nombre suffisant d'observations ; nous pouvons assurer que la section de l'artère frontale, ou de la temporale, n'est pas sans efficacité dans les congestions cérébrales, mais nous ignorons absolument jusqu'à quel point on peut y compter ;

et si elle a sur les autres saignées un avantage bien tranché et bien réel. Nous sommes plus avancés sur la saignée de la jugulaire, nous l'avons vu pratiquer dans plusieurs circonstances, nous l'avons même vu répéter jusqu'à deux et trois fois chez le même sujet, mais toujours infructueusement; nous ne croyons pas pour cela qu'il faille y renoncer entièrement; mais la difficulté qu'on éprouve à la pratiquer, la compression qu'il faut exercer sur le cou pendant et après l'opération, nous donne pour elle de la répugnance.

Il est impossible d'indiquer d'une manière précise, le nombre d'évacuations sanguines générales qu'il est nécessaire de faire dans le cours d'une arachnitis, et la quantité de sang que l'on doit tirer à chaque opération; ceci est entièrement subordonné à la constitution et à l'âge du malade, à l'intensité de la maladie, à la force et à la direction de la congestion, et à mille autres circonstances qu'il est impossible d'indiquer ou de prévoir. On peut dire, en général, que les saignées ne sont utiles que dans la première période et dans le commencement de la deuxième; c'est alors qu'il faut les répéter autant de fois qu'elles paraissent indiquées, et se garder de perdre en essais et en tatonnemens un tems précieux; il ne faut guère compter sur elle à la

fin de la seconde période, et encore moins dans la troisième. Si cependant il survenait encore dans le cours de ces deux dernières, quelques symptômes de pléthore générale, comme cela arrive quelquefois, il faudrait y avoir recours, non dans la conviction de sauver le malade, mais dans l'intention de gagner du tems et de prolonger son existence; encore faudrait-il attendre qu'elle fût manifestement indiquée. Si cette pléthore n'était que locale, il faudrait recourir de préférence aux irritans inférieurs, et s'ils ne suffisaient pas, aux saignées locales, c'est-à-dire, aux sangsues.

Quelques praticiens font usage de la saignée générale chez les jeunes enfans; nous pensons que l'on peut très-bien débuter par elle, toutes les fois qu'ils sont forts, bien constitués, et que celle-ci est ménagée avec prudence.

100. *Sangsues*. — Quoique les saignées générales doivent faire la base du traitement de l'arachnitis, il faut convenir cependant, que les saignées locales, principalement celles que l'on obtient par le moyen des sangsues, offrent des ressources trop précieuses pour qu'il soit permis de les négliger; c'est surtout chez les enfans, chez les sujets faibles, sans énergie, chez ceux sur lesquels on a déjà employé les saignées générales, et auxquels on ne peut, sans inconvé-

nient, tirer une trop grande quantité de sang, qu'elles conviennent. Le lieu de leur application est ordinairement le cou, les tempes, la nuque, et le derrière des oreilles. Le nombre qu'il faut appliquer varie beaucoup, à raison de l'âge et de la force du sujet. Chez les très-jeunes enfans, quatre à six sangsues derrière chaque oreille procurent un dégorgement suffisant; chez un sujet de dix ou douze ans, on peut en mettre jusqu'à huit ou dix de chaque côté; et chez un adulte on peut porter leur nombre jusqu'à quinze et vingt, et même au-delà, sans inconvénient. Dans la plupart des cas, une seule application ne suffit pas, aussi faut-il les renouveller autant de fois que les accidens persistent, surtout lorsqu'ils semblent tenir à une congestion. Nous avons observé un grand nombre de malades chez lesquels on avait appliqué de cette manière, dans l'espace de quatre jours, jusqu'à cent et cent trente sangsues.

Nous dirons des sangsues, ce que nous avons dit de la saignée générale, qu'on peut les laisser couler jusqu'à la syncope; mais de même que pour la saignée générale, on ne doit y avoir confiance que dans la première période, lorsque rien n'annonce des désordres organiques, au-dessus de toute espèce de moyen.

Les précautions qu'exige l'application des

sangsues, nous portent à croire qu'on en retirera de bien plus grands avantages dans la pratique particulière que dans les hôpitaux, où mille circonstances se trouvent réunies pour empêcher d'apprécier leur véritable action. Que d'attention ne faut-il pas, en effet, de la part des assistans ? La quantité de sang ne varie-t-elle pas, suivant que les sangsues sont grosses ou petites, suivant qu'elles se remplissent complètement, ou que la plupart tombent immédiatement après avoir piqué la peau, suivant que le saignement des piqûres qui en résultent, est entretenu avec soin ou qu'il est négligé ? Leur action ne varie-t-elle pas encore, suivant qu'elles sont appliquées sur telle partie ou sur telle autre ? Quelque bien monté que soit le service d'un hôpital, jamais on ne parviendra à un résultat certain, qu'on peut tout au plus espérer chez un malade opulent qui concentre sur lui les yeux et l'attention de tous.

Au reste, il est extrêmement important chez les sujets un peu forts, de faire précéder ces saignées locales, d'une ou de deux saignées générales ; sans cela, elles augmentent la congestion, à moins qu'elles ne soient elles-mêmes extrêmement abondantes.

Les sangsues sont encore très-avantageuses, et remplacent très-bien les saignées générales. lors-

que l'arachnitis survient à la suite de la suppression d'un flux quelconque, qu'il est important de rappeler.

Chez les adultes, lorsque l'ensemble des symptômes fait présumer que c'est l'arachnoïde de la convexité du cerveau qui est enflammée, on peut avec beaucoup d'avantage appliquer une calotte de sangsues sur le sommet de la tête. Nous avons vu cette méthode produire de merveilleux effets, dans les mains de M. Récamier praticien si riche en moyens thérapeutiques; nous avons pu encore apprécier son efficacité chez une femme qui, à la suite d'un coup à la tête, avait été immédiatement plongée dans un coma profond.

101. *Scarifications.* — Quelques médecins ont proposé de faire un grand nombre de scarifications sur la tête préalablement rasée; nous n'avons jamais vu mettre en usage ces scarifications, mais nous pensons que la facilité avec laquelle on peut appliquer des sangsues sur cette région, peut faire négliger en leur faveur cette méthode.

102. *Ventouses.* — Les ventouses trop négligées dans la médecine actuelle, peuvent être d'un grand secours dans l'arachnitis, lorsqu'on les emploie conjointement avec les autres moyens; elles sont surtout utiles chez les sujets frêles,

délicats, qu'on ne peut affaiblir par des évacuations sanguines; et qu'on ne veut pas trop tourmenter par des irritans extérieurs; on peut multiplier leur application d'une manière en quelque sorte illimitée; c'est aux tempes, aux parties latérales et postérieures du cou, sur la poitrine et les épaules, qu'on les place dans ces circonstances; à défaut de sangsues, elles peuvent, en quelque sorte, en tenir lieu, surtout lorsqu'on a soin de faire quelques mouchetures à la peau, avant leur application; jamais, cependant, elles ne les remplacent complètement.

103. *Pédiluves.* — Immédiatement après la saignée, et souvent même pendant l'application des sangsues, il faut employer les bains de pieds, soit simples, soit rendus plus irritans par l'addition de la moutarde, du sel, ou de l'acide hydrochlorique.

Le bain de pieds ordinaire se donne à la température de vingt à vingt-quatre degrés; sa durée est alors d'une demi-heure à trois quarts d'heure; il augmente le calibre des veines et des artères, et, dérivant le sang qui se porte aux extrémités supérieures, il procure un soulagement assez constant.

L'action lente et peu marquée de ce bain, fait qu'il n'est véritablement utile que dans le cas de simple congestion. Lorsque les accidens sont

graves, il faut peu compter sur lui. En élevant la température, on obtient un effet dérivatif plus prompt, et surtout plus intense ; la sensibilité particulière de chaque individu, qui varie à l'infini, fait qu'il est impossibile de déterminer, même d'une manière approximative, jusqu'où doit être portée cette température. En général, il faut qu'elle soit assez haute pour rougir fortement la peau, sans faire éprouver au malade une sensation pénible ; on remplit facilement ces deux conditions en plongeant les pieds dans l'eau tiède, que l'on réchauffe ensuite graduellement, en y ajoutant peu à peu une quantité suffisante d'eau bouillante ; portée à cette température, on ne doit y laisser le malade que dix à douze minutes, et ne point élever l'eau au-dessus des malléoles. On complète l'action dérivative du bain de pieds par l'addition de substances âcres et irritantes, comme le sel, la farine de moutarde, ou l'acide hydrochlorique, dans la proportion de deux poignées de sel, d'une livre de moutarde, et de deux ou trois onces d'acide, sur huit pintes d'eau. On ne réunit point ordinairement ces substances, on choisit pour l'usage l'une ou l'autre. L'eau dans laquelle on a ajouté du sel, ou de l'acide hydrochlorique, peut resservir un grand nombre de fois ; il n'en est pas de même de celle dans laquelle on a joint la mou-

tarde, qui perd par l'action de la chaleur, sa propriété excitante. Comme il n'est pas toujours nécessaire d'employer huit pintes d'eau pour un simple bain de pieds, il faut avoir soin lorsqu'on en diminue la quantité, de réduire dans la même proportion les substances qu'on y ajoute.

La puissance extrêmement active de ces derniers bains, fait qu'on ne peut les employer que deux ou trois fois, tout au plus, dans la journée, et n'y laisser les pieds que l'espace de huit à dix minutes. Si les bains simples sont moins actifs, ils ont au moins l'immense avantage de ne produire jamais d'excoriations et de pouvoir être répétés autant de fois qu'ils sont jugés nécessaires. On peut rendre leur action en quelque sorte permanente, en enveloppant les pieds, dans l'intervalle d'une immersion à l'autre, de linges trempés dans de l'eau très-chaude ; c'est principalement lorsqu'on tient constamment des réfrigérans appliqués sur la tête, que cette excitation simultanée et continuelle des pieds, nous a paru avantageuse. C'est pendant le cours de la première et au commencement de la seconde période, que ces moyens trouvent particulièrement leur application.

104. *Sinapismes.* — Les sinapismes ont absolument le même effet que les pédiluves, avec

cette différence cependant, qu'agissant avec beaucoup plus d'intensité, ils déterminent souvent une réaction générale qui favorise la congestion, alors même qu'on veut la diminuer.

Pour éviter cet inconvénient attaché à l'usage des sinapismes, il faut faire beaucoup d'attention à la constitution du malade et à l'époque de la maladie où on les emploie.

En général, ce n'est pas par ces derniers dérivatifs qu'il faut débuter chez les personnes fortes, vigoureuses, sanguines, et qui présentent une réaction vive; il est indispensable chez elles, de commencer par des évacuations sanguines, proportionnées à l'intensité des accidens, et par les bains de pieds ordinaires, et recourir ensuite aux sinapismes, lorsqu'on peut raisonnablement les employer, sans rien craindre de leur action.

Les sinapismes exigent encore quelques modifications dans leur usage, chez les personnes d'une sensibilité exquise, ou qui ont une grande mobilité nerveuse; c'est chez ces personnes surtout, qu'il faut éviter la douleur trop vive qu'excite ordinairement l'application prolongée de ce genre de stimulant; aussi devra-t-on les retirer aussitôt que la peau commence à rougir; on peut encore modérer l'action de ce topique, soit en unissant la moutarde à une par-

tie plus ou moins considérable d'un corps mucilagineux, soit encore en interposant entre lui et la peau un tissu léger, comme serait un linge ou une mousseline très-claire; ces deux dernières méthodes nous paraissent mériter la préférence, parce qu'en diminuant la violence du moyen, elles lui laissent toutes ses vertus, et en permettent l'action pendant un tems pour ainsi dire illimité.

Malgré l'usage généralement reçu, nous n'approuvons pas l'application des sinapismes à la plante des pieds, parce que, déterminant souvent des excoriations et des phlyctènes, ils privent alors de la ressource des pédiluves, qui, agissant presque instantanément, sont toujours nécessaires; mais nous pensons qu'il faut les promener sur les jambes, au-dessus des malléoles, et sur l'un et l'autre genou.

105. *Vésicatoires.* — Les vésicatoires, dont l'action est absolument semblable à celle des sinapismes, et qui n'en diffèrent que par la permanence et l'intensité plus grande de leur effet, exigent dans leur emploi, les mêmes précautions que nous avons indiquées relativement à ces derniers; communément on en met un ou deux aux cuisses, et l'on a soin de les faire suppurer; on les applique encore aux tempes, à la nuque, et même sur tout le sommet de la tête préalablement

rasée. Nous ne pouvons pas dire jusqu'à quel point peut aller la confiance dans les vésicatoires appliqués de cette manière, car les circonstances dans lesquelles ils ont été employés devant nous, sont trop peu nombreuses et nullement concluantes; cependant, comme nous avons vu des accidens éminemment cérébraux, dissipés par une calotte de vésicatoire, nous pensons que ce moyen ne serait pas sans influence, dans l'éminence de la maladie, et peut-être même dans une époque plus avancée, dans le cours de la période comateuse, si toutefois il existe encore quelque chance de succès. Mais comme dans ce cas on cherche à obtenir une irritation, tout à la fois vive et prompte, et que les vésicatoires ordinaires agissent avec beaucoup de peine sur le cuir chevelu, nous pensons qu'on leur substituerait avec avantage la pommade ammoniacale, proposée par le docteur Gondret.

106. *Purgatifs.* — Dans une maladie aussi grave que l'arachnitis, et qui exige des moyens aussi prompts, il n'est pas de région du corps qu'on ne doive irriter pour tâcher d'y faire converger les efforts de la vie, et empêcher ainsi qu'ils ne se concentrent sur l'organe menacé; c'est ce qui doit engager à ne pas rejeter certaines substances qui, appliquées sur le canal intestinal, y produisent des effets analogues à ceux

que les irritans déterminent sur la peau; ces moyens sont particulièrement indiqués dans le cours de la deuxième période, immédiatement après les évacuations sanguines, car plus tard, ils ne seraient plus d'aucunes ressources; tous les purgatifs peuvent être donnés pour obtenir cet effet. Mais il en est quelques-uns qui, par le peu de répugnance qu'ont pour eux les malades, ou par la facilité de les administrer, ont toujours mérité la préférence; tels sont le calomélas, le sirop de nerprun, l'huile de ricin et la plupart des sels neutres dissous dans le petit-lait, ou tout autre véhicule; on peut encore ajouter à l'action de ces moyens, en y joignant quelques grains d'une des résines drastiques; ces substances sont d'autant plus indiquées, qu'elles servent en même tems à combattre la constipation, symptôme si constant chez les sujets affectés d'arachnitis, et à dissiper l'influence que l'embarras du canal intestinal pourrait alors opérer sur le cerveau. S'il existait de la diarrhée ou d'autres signes de phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale, on doit bien penser que ces divers moyens ne pourraient point être mis en usage. Les lavemens sont une des méthodes les plus avantageuses pour administrer les purgatifs dans cette circonstance; aussi ont-ils été employés de tout tems; le vin émétique trouble, à la dose de quelques

gros à une ou deux onces, est en quelque sorte la formule banale pour ces sortes de cas; on peut très-bien le remplacer par un sel neutre, ou par une décoction de quelques gros de séné.

Quoique nous n'ayons jamais vu mettre en usage dans l'arachnitis, l'emploi continuel de l'émétique en lavage, méthode qui a si souvent réussi à Desaut dans les plaies de tête, et qu'il nous soit par conséquent impossible d'en apprécier la valeur, nous conseillons fort de l'essayer : qui oserait mettre en doute l'efficacité d'un moyen regardé comme héroïque par deux hommes tels que Desaut et Bichat? Nous ferons cependant observer; qu'il ne faut pas y avoir recours chez les enfans, où il arrive fréquemment qu'une phlegmasie gastro-intestinale simule une arachnitis; par ce mode de traitement on ne ferait qu'augmenter la difficulté du diagnostic. C'est au calomélas que l'on doit donner la préférence dans ce cas, il n'irrite que très peu la muqueuse, et cependant il débarrasse souvent l'encéphale, en évacuant le canal intestinal qui dans cette maladie, paraît toujours plongé dans un état d'inertie.

107 *Application du Froid.*—Il est un moyen dont on peut retirer les plus grands avantages, et qui seconde puissamment l'action de tous ceux dont nous nous sommes occupés jusqu'ici; ce

moyen est le froid. Nous ne connaissons point de cas, surtout dans la première et la deuxième période où il ne doive être employé. Appliqué constamment dans le voisinage de la partie malade, on explique son action en supposant qu'il détermine une astriction, qui, se communiquant de proche en proche, des parties les plus superficielles de la peau, jusqu'aux organes subjacens, empêche le sang d'y affluer et d'y occasionner des désordres que sa présence ne manquerait pas de déterminer.

Quoique l'action du froid soit utile dans toutes les périodes de la maladie, lorsque la congestion cérébrale se renouvelle, elle n'a cependant une action bien tranchée, et sur laquelle on puisse compter, que dans l'imminence de l'arachnitis, et dans sa première période; son action est d'autant plus marquée, qu'on emploie simultanément les saignées et les dérivatifs qui agissent dans un sens contraire.

L'eau est ordinairement la substance qui, si l'on peut avoir recours à cette expression, sert au froid de véhicule, soit qu'on l'emploie seule, soit qu'on l'unisse au vinaigre On abaisse le plus qu'il est possible sa température, et à l'aide de compresses qu'on renouvelle fréquemment, on l'applique sur les tempes, le front, et le sommet de la tête.

L'action de ce moyen est presque toujours constante, et pour ainsi dire instantanée ; elle est agréable à la plupart des sujets, elle leur rend la connaissance, elle les soulage, et fait disparaître momentanément l'assoupissement, en même tems qu'elle calme la céphalalgie ; elle diminue encore sensiblement la rougeur et la chaleur du visage, et tous les symptômes de congestion ; c'est alors qu'on voit les malades revenir à eux-mêmes, et rendre compte de ce qu'ils éprouvent; mais si l'on discontinue l'application du froid, ils retombent dans leur premier état.

Il arrive un moment où le froid, appliqué de cette manière, ne produit plus d'effet, soit que le malade s'y accoutume, soit que le mal fasse des progrès; aussi faut-il substituer à l'eau simplement réfroidie, de la glace pilée que l'on applique immédiatement sur la tête, en la tenant avec un linge roulé en forme de couronne, ou mieux encore, en l'enfermant dans une vessie qu'on ne lie que d'une manière fort lâche : à fur et à mesure que la glace se fond on lui en substitue de nouvelle.

108. *Cataplasmes.* — On a proposé, et nous avons vu employer un cataplasme tenu habituellement sur la tête ; les deux malades qui ont supporté cette application, n'en ont éprouvé ni bien

ni mal; ils ont succombé l'un et l'autre à la violence de leur maladie; tout cependant doit faire croire que ce moyen n'est pas sans avoir une action réelle, et qu'il ne mérite pas d'être rejeté sans examen.

109. Nous venons de voir et d'exposer en détail, la série des moyens que l'on peut opposer à l'arachnitis, et sur lesquels il faut principalement compter; ceux dont nous allons maintenant nous occuper, quoique d'une utilité secondaire, ne sont pas moins dignes de fixer notre attention.

A peine est-il nécessaire de rappeler que la diète la plus rigoureuse doit être sévèrement observée.

110. Toutes les boissons doivent être prises parmi celles que l'on a indiquées sous le nom de délayantes et de rafraîchissantes, telles que la limonade, le petit-lait doux, l'eau d'orge miellée et émulsionnée, l'eau de veau, de poulet, ou autres semblables, qui toutes peuvent se modifier suivant les circonstances et le goût des malades.

111. Dans l'arachnitis comme dans toutes les autres maladies de la tête, la position qu'il faut donner à cette partie, mérite une sérieuse attention; il faut toujours la tenir élevée et dans un plan approchant de la verticale; on évite, par ce

moyen, d'augmenter la congestion, ce qui arrive, lorsque le malade est dans une position horizontale, le sang ne pouvant remonter contre son propre poids. C'est à l'aide de coussins qu'on établit le plan plus ou moins incliné, sur lequel on couche le malade. Il faut avoir soin de n'employer dans la confection de ces coussins, ni la laine, ni la plume, substances qui s'échauffent trop facilement; il vaut mieux les remplacer par la balle d'avoine, ou mieux encore par le crin : on carde tous les jours ce dernier, on en remplit légèrement des oreillers, ce qui leur donne de la souplesse, de l'élasticité, et en même tems de la fraîcheur. Nous pourrions citer quelques accidens très-graves, qui sont survenus dans le cours de certaines arachnitis, et qu'on ne peut attribuer raisonnablement qu'à l'omission des précautions que nous venons d'indiquer.

112. La température de la chambre dans laquelle est couché le malade, doit varier suivant la saison, suivant la température extérieure, et selon bien d'autres circonstances qu'on ne peut ni indiquer, ni prévoir. En général, il faut qu'elle soit plutôt fraîche que chaude; il est bon aussi d'en rendre l'atmosphère un peu humide, et de ne point surcharger le malade de couvertures.

113. Un jour très-faible, approchant de l'obscurité, convient surtout au début, lorsque le

sujet supporte avec peine la lumière, lorsqu'il est agité, lorsqu'il est tourmenté par la fièvre, la céphalalgie, l'insomnie. On diminue par cette précaution la plupart des accidens, et on les rend plus supportables ; elle est surtout de rigueur lorsque la sensibilité extrême des yeux est le symptôme prédominant, ou le seul qui caractérise la maladie ; on conçoit que l'éloignement du bruit, que le silence auprès du malade, et le calme le plus parfait, doivent être de rigueur.

114. *Compression des Carotides.*--En terminant ce qui regarde le traitement de l'arachnitis, nous ne devons pas passer sous silence, un moyen qui a été proposé par M. Blaud, de Beaucaire, et qui se trouve consigné dans le soixante-deuxième volume de la bibliothèque médicale.

Il consiste à comprimer avec force les deux carotides, pour empêcher l'abord du sang vers l'organe affecté.

Ce moyen fort ingénieux qui fut suggéré à M. Blaud, dans un cas pressant où il ne pouvait pratiquer une saignée fortement indiquée, mérite quelqu'attention. Voici les préceptes qu'il donne à ce sujet: On peut exercer la compression des carotides, en les rapprochant l'une de l'autre, et en les appuyant fortement contre la partie inférieure des régions latérales du larynx, avec le pouce et l'index chez les enfans ;

avec le premier de ces doigts et celui du milieu chez les adultes, ou bien en les comprimant d'avant en arrière avec le pouce et l'index, ou avec le pouce et le doigt du milieu, ou bien avec ce dernier et l'index, et en prenant le point d'appui sur la colonne vertébrale.

Le premier procédé peut être employé lorsque le malade est maigre, que les carotides sont très-apparentes, faciles à saisir, ou que le larynx est peu proéminent; le deuxième est applicable aux individus gras, dont les carotides sont entourées d'un tissu cellulaire très-abondant.

Un effet constant de cette compression, a été une diminution très-grande dans la fièvre et la fréquence du pouls, ce qui a engagé M. Blaud à ne la jamais prolonger au-delà de 50 à 60 secondes.

Au reste cette durée doit varier nécessairement beaucoup, suivant la constitution de l'individu et l'intensité des accidens. Chez un individu vigoureux, d'un tempéramment sanguin, ayant le pouls fort, plein, bien développé, elle peut être prolongée plus long-tems que chez un sujet d'une constitution opposée; on doit aussi l'exercer pendant un tems plus long, lorsque l'engorgement cérébral est très-considérable, que lorsqu'il est modéré.

En général, il faut interrompre cette com-

pression de tems à autre, et y revenir à plusieurs reprises, même lorsque le coma, la congestion faciale, et tous les autres accidens ont disparu.

Nous partageons entièrement la manière de voir de M. Blaud, et nous croyons, comme lui, que ce moyen ne peut être avantageux que dans le début d'une inflammation cérébrale, lorsque le tissu n'a point encore éprouvé une altération notable; nous pensons qu'il serait contr'indiqué, si l'affection cérébrale existait depuis quelque tems, et qu'il pourrait alors occasionner des accidens fort graves.

Quelque concluantes que soient au premier aspect, les observations citées par M. Blaud en faveur de ce procédé, nous pensons qu'il a besoin d'être étudié de nouveau, pour qu'on puisse l'apprécier à sa juste valeur, et qu'on doit le placer jusqu'à ce moment, parmi les autres moyens dont nous avons parlé, et sur lesquels il est bon d'attirer l'attention des praticiens. Voici, au reste, les observations qu'il cite à l'appui de ce mode de traitement.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Marguerite, âgée de 5 ans et demi, très-intelligente pour son âge, se plaint, le 26 juin 1818, à cinq heures du soir, de douleur dans le bras

gauche et dans le côté de la face correspondant; on s'aperçoit en même tems que les doigts de la main affectée sont faibles et laissent échapper les objets que l'enfant veut saisir; même état jusqu'à six heures et demie; alors perte subite de connaissance; chute; langue embarrassée; balbutiement; commissure droite des lèvres tirée en bas; face rouge, gonflée, violacée; bras gauche se mouvant convulsivement d'une manière mesurée, c'est-à-dire, à intervalles égaux, et d'environ une seconde. On la porte dans son lit, on la secoue, on l'agite de toutes les manières, rien ne peut la retirer de l'assoupissement profond où elle est plongée.

A huit heures, les mouvemens convulsifs cessent, l'affection comateuse persiste; immobilité et insensibilité complètes.

M. Blaud, arrivé auprès de l'enfant, observe les symptômes suivans :

Face colorée, rouge, animée; yeux à demi-ouverts, fixes, rougeâtres, tuméfiés et comme poussés hors des orbites; affection comateuse, résistant aux secousses les plus fortes, au chatouillement, à la pression des parties les plus sensibles de la peau, aux piqûres; respiration précipitée (40 inspirations par minutes; pouls fréquent, 130), fort, plein, développé; battement violent des artères temporales et des carotides;

chaleur vive de la peau; moiteur générale. M. Blaud ne pouvant à l'instant pratiquer la saignée, quoiqu'elle fût fortement indiquée, eut l'idée de comprimer les carotides, en usant d'un des procédés indiqués plus haut; cette compression était exercée depuis dix-sept secondes, lorsque tout à coup l'enfant s'agita, et de la main gauche saisissant celle qui exerçait la compression, lui fit bientôt lâcher prise; après quoi elle retomba dans son assoupissement; on comprima de nouveau les carotides, et à la treizième seconde, l'enfant se mit brusquement sur son séant, au grand étonnement de tout les assistans, ouvrit légèrement les yeux, appela sa mère à grands cris, se débattit vivement, et força encore d'interrompre la manœuvre; elle resta quelques tems à regarder autour d'elle d'un air étonné, appelant toujours sa mère; mais peu à peu les yeux s'appesantirent, les paupières se fermèrent, et elle tomba sur son lit sans mouvement; on eut de nouveau recours à la compression, et à la neuvième seconde, l'enfant se réveilla aussi brusquement que la dernière fois, se remit sur son séant, appela de nouveau sa mère, se débattit violemment; malgré ses efforts et ses cris, on continua de comprimer pendant ving-cinq secondes : pour cette fois, le retour de l'assoupissement n'eut pas lieu, l'en-

fant demeura très-éveillée, demanda à boire, reprit entièrement connaissance, et se plaignit seulement d'une douleur au front.

On revint quinze ou seize fois la nuit, à la compression, en ne l'exerçant chaque fois que quelques secondes et dans la vue de s'opposer au retour des accidens; l'enfant s'endormit à trois heures du matin; son sommeil était léger et paisible; on l'en retirait très-aisément. A sept heures, elle se réveilla dans son état de santé ordinaire, se plaignant seulement d'une légère céphalalgie frontale qui fut dissipée complétement dans le courant de la journée, par un lavement d'eau salée, et un bain de jambe sinapisé.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

François Niquet, âgé de 17 ans, agriculteur, ayant été exposé toute la journée à l'ardeur du soleil, se plaignit le 10 août 1818, d'une céphalalgie assez vive à la région frontale.

Le lendemain onze, même état; à quatre heures de l'après-midi, le malade va se coucher dans son grenier à foin; à huit heures, sa mère le trouve sans sentiment, sans mouvement, ayant la face rouge, violette, tuméfiée, les yeux à demi-ouverts, injectés, proéminens; la respiration précipitée; elle appelle du secours à grands cris, on transporte le malade dans son lit, on le

secoue, on l'agite, on lui fait respirer des odeurs, le tout inutilement; on pratique une saignée du bras très-copieuse, mais qui ne produit aucun effet; on se décide alors à exercer la compression, en appuyant sur les deux carotides avec le pouce et le doigt du milieu de la main droite, et prenant un point d'appui sur la colonne vertébrale. A la trentième seconde, environ, la face reprend sa couleur naturelle, le malade sort brusquement de son assoupissement, se met sur son séant, recouvre la parole, se plaint avec colère de ce qu'on lui fait, et, par ses mouvemens violens, force les personnes qui le comprimaient à lâcher prise; mais peu à peu l'affection comateuse revient, et le malade retombe dans l'état où il était auparavant. Nouvelle compression des carotides, et au bout de quelques secondes, nouveau rétablissement des mouvemens, des fonctions des sens et de la parole; forcé par le malade, on est obligé de cesser la compression, l'assoupissement revient encore, mais d'une manière plus lente; la troisième fois qu'elle fut pratiquée, même effet; enfin, à la quatrième, le malade reprit l'usage de ses sens, sans retour de l'affection comateuse, et la guérison fut parfaite; il ne resta plus qu'une céphalalgie frontale légère, que quelques sangsues appliquées aux tempes dissipèrent le lendemain.

Nous le répétons, de nouvelles expériences sont nécessaires pour faire connaître la confiance que l'on doit accorder à ce moyen; les circonstances particulières dans lesquelles il peut être employé, et les modifications qu'on peut lui faire subir etc. : l'arachnitis est assez fréquente pour qu'on ne soit pas long-tems sans trouver l'occasion de faire de nouvelles recherches.

115. Nous terminons ces considérations sur le traitement de l'arachnitis par quelques réflexions sur l'emploi du trépan, que nous avons vu proposer et même exécuter plusieurs fois, dans le dessein de faire cesser les symptômes de compression ; pour voir combien est illusoire un pareil moyen qui, par lui-même, n'est pas sans danger, il suffit d'examiner ce que nous avons dit dans l'article que nous avons intitulé anatomie pathologique. Nous avons montré dans cet article, uniquement par des faits, que l'arachnoïde de la base du cerveau est presqu'aussi fréquemment enflammée que celle de la convexité, même dans l'arachnitis par cause externe, et qu'il sera toujours difficile de distinguer le lieu précis où siége l'épanchement. En supposant même que le trépan pût être placé sur le lieu enflammé, pourrait-il en résulter le plus léger avantage, puisque le pus n'est jamais ramassé en foyer, et qu'il se trouve presque toujours dissé-

miné sur une large surface, qu'il est excessivement mince, et qu'il adhère d'une manière pour ainsi dire intime avec les feuillets de l'arachnoïde ? Il est donc d'un chirurgien prudent, de n'opposer le trépan qu'aux lésions purement externes, lorsqu'il faut relever quelques pièces d'os enfoncées qui compriment le cerveau ; lorsque cette circonstance n'existe pas, ou lorsqu'on l'a fait cesser, s'il survient quelques symptômes de compression, ils sont dus à l'inflammation de l'arachnoïde, et doivent être traités par les moyens que nous avons exposés : la seule expérience avait montré à Desault la conduite la plus avantageuse à tenir dans cette circonstance ; aussi tout le monde sait qu'il avait, sur la fin, entièrement rejeté le trépan dans le traitement des plaies de tête, pour se borner aux seuls dérivatifs, à l'aide desquels il obtint un grand nombre de succès.

116. Nous ne dirons rien d'une foule de moyens tour à tour vantés et tour à tour oubliés, qui peuvent avoir été suivis dans certaines circonstances d'amendemens plus ou moins remarquables, mais auxquels la saine raison nous empêche d'ajouter trop de foi. C'est ainsi que nous pouvons citer le musc, le camphre, le castoréum, le quinquina, l'éther et plusieurs autres antispasmodiques, surtout lorsque nous voyons

ces moyens pronés et employés sur la fin de la seconde et dans le courant de la troisième période, dans le moment où les accidens les plus graves annoncent des désordres au-dessus de toute ressource : cependant, on pourrait avoir recours à plusieurs d'entr'eux, s'il ne s'agissait que de soutenir la vie, et de ranimer la résistence vitale prête à s'éteindre.

Les frictions mercurielles ont souvent été mises en usage dans l'arachnitis; quelques praticiens les regardent même comme un puissant moyen contre les hydropisies cérébrales, et paraissent les administrer entièrement dans ces vues. L'on trouvera dans le cours de cet ouvrage, plusieurs observations où il est fait mention de la pommade mercurielle employée en friction dans le voisinage des mâchoires ; nous mêmes avons été plusieurs fois témoins de leur emploi le long de la colonne vertébrale et des membres ; mais nous pensons que l'on ne peut y attacher une grande confiance, lorsque l'on sait quelles sont les altérations organiques dont les divers symptômes de l'arachnitis ne sont que l'expression, et lorsque déjà on a vu échouer contr'eux, un traitement méthodique et rationnel.

AFFUSIONS FROIDES.

117. Comme ce mode de traitement n'est pas généralement mis en usage, et comme il peut exister des médecins qui aient quelques préventions contre lui, soit parce qu'ils n'ont pas d'idées assez fixes sur son action, soit parce qu'ils ignorent la manière de s'en servir, nous avons cru, en raison de l'importance et de l'utilité de ce moyen, devoir entrer dans des détails plus circonstanciés à son égard.

Les affusions froides ont été employées dans un grand nombre d'arachnitis, parvenues même à des périodes très-avancées, et cela avec un succès qu'il est impossible de révoquer en doute. Aussi pensons-nous qu'elles doivent compléter le plan de traitement que nous avons donné pour la cure de la phlegmasie de l'arachnoïde; en effet, il est peu de moyens qui possèdent à un aussi haut degré une action sédative sur l'encéphale. Nous n'avons pas l'intention de tout dire sur les affusions, car il faudrait y consacrer un volume tout entier, mais nous nous proposons d'établir ce qu'il est nécessaire d'en savoir pour les utiliser.

Les ouvrages de Hahn, de Samoëlowitz, de Currie, de Wright, de Giannini, la dissertation du docteur Pavet, contiennent les faits les plus

curieux. En France, le docteur Récamier est le premier qui en ait préconisé l'usage ; il a déterminé avec beaucoup plus de précision et d'exactitude, que ne l'avaient fait ses devanciers, ce mode d'application de l'eau et les diverses circonstances qui pouvaient en assurer le succès. Nous étant souvent trouvés à même de les lui voir administrer, en ayant nous-mêmes très-fréquemment fait usage, nous allons exposer ici les résultats des différentes recherches que nous avons faites sur ce sujet.

Nous examinerons d'abord le mode d'action des affusions froides sur l'économie, et nous passerons ensuite successivement en revue, les périodes de la maladie où elles sont indiquées, la manière de les administrer, enfin les précautions qu'elles exigent.

§. I. *Mode d'action des affusions froides.*

118. L'affusion dirigée par nappes d'eau, de la tête au reste de la périphérie du corps, au moyen d'un vase d'une certaine capacité, tel qu'un petit sceau, une grande casserole, par exemple, présente deux effets différens : 1° Une action sédative directe sur la peau; 2° une action sédative sympathique sur le cerveau. Chacune de ces actions présente trois ordres de phénomènes que l'on peut comparer, avec beaucoup de vé-

rité, aux différens stades dont se compose un accès de fièvre intermittente.

119. Le premier effet, stade du froid, détermine spontanément à la surface de la peau un resserrement des capillaires, une sorte d'astriction, accompagnés de torpeur générale, d'horripilation, de frissons, d'un abaissement de température et d'une décoloration de la peau, avec refoulement des liquides vers le centre, ralentissement et concentration du pouls, suppression momentanée des sécrétions, enfin, une gêne plus ou moins grande de la respiration. L'encéphale en particulier et le système nerveux tout entier, en éprouvent un effet sédatif indirect et sympatique, en vertu duquel les yeux se réveillent, la bouche s'humecte, la face s'avive, les facultés intellectuelles recouvrent une partie de leurs fonctions, et le malade se met en rapport avec les personnes et les objets qui l'entourent, ce qu'il lui eût été impossible de faire auparavant. Ces derniers effets sont généralement constans, et il nous serait difficile de citer un cas où le malade, n'ayant pas été sur la fin d'une troisième période, dans un coma mortel, n'ait éprouvé des affusions, une amélioration des plus sensibles, mais quelquefois à la vérité de bien courte durée.

120. Cependant, après un frisson, un trem-

blement plus ou moins fort, plus ou moins long, mais qui ne se prolonge guère au-delà d'une demi-heure, la réaction commence à s'établir; la peau se colore, se réchauffe graduellement du centre à la circonférence, une chaleur douce se répand uniformément sur tout le corps, l'agitation diminue ou cesse complétement, le pouls se relève, sans prendre d'abord une fréquence marquée, il devient souple, la soif diminue, les facultés intellectuelles recouvrent successivement leur énergie, les fonctions des organes sécréteurs se rétablissent, une tendance à des crises favorables se développe, la respiration devient haute et profonde. C'est durant cette époque que le calme est le plus prononcé et que les malades éprouvent le plus grand bénéfice possible de l'affusion : c'est ici que l'action sédative du frais est la plus marquée. Cet ébranlement général, opéré sur le système nerveux, conjointement avec le dégorgement sanguin des méninges qui résulte de l'application directe du froid sur la tête, peuvent amener et amènent quelquefois, en effet, une révolution favorable à laquelle beaucoup de malades ont dû leur salut.

Cet état de bien-être qui donne la mesure du bienfait de l'affusion, dure ordinairement plusieurs heures, au bout desquelles les divers

phénomènes cérébraux et fébriles qui caractérisent la maladie, reprennent le dessus; tous les symptômes de la réaction augmentent d'intensité, le pouls prend de la fréquence, la peau se dessèche de nouveau, les sécrétions s'arrêtent, les fonctions du cerveau s'embarrassent, quelquefois même il survient du délire, ou il devient plus intense s'il en existait déjà, ce qui dépend alors de la surexcitation produite sur le cerveau, par l'effet d'une vive réaction. D'autre sfois, il arrive que cette période suit immédiatement l'affusion, qu'il n'existe aucun refroidissement, aucun frisson, et que la chaleur continue sans avoir été ralentie; dans ces cas, l'affusion ne réussit pas et est en général contre indiquée.

Toute cette période de réaction, qui, douce d'abord, tend à rétablir l'équilibre dans toutes les fonctions de l'économie, en développant un effet sédatif général sur tout l'ensemble du corps et sur le cerveau en particulier, puis qui, forte, active, énergique, provoque et finit par favoriser le retour des divers symptômes qui constituent l'affection cérébrale, peut être comparée avec raison au deuxième stade d'un accès d'intermittente.

121. Ici commence le troisième stade, qui, tantôt représenté par l'établissement de la sueur, d'urines, d'hémorrhagies critiques, ce qui est

en général rare, mais le plus souvent par une modification avantageuse du système nerveux, constitue une véritable période de détente ; ou bien qui, tantôt, se trouvant le résultat d'une réaction trop forte, trop intense, laquelle n'a fait alors qu'user les forces du malade, s'accompagne d'un état d'affaissement général et cérébral en particulier. Cette troisième période est ordinairement la moins bien dessinée, c'est le troisième stade de l'accès fébrile.

122. Ainsi donc, nous voyons, tant comme effets directs que comme effets consécutifs de l'affusion, 1°. un état de concentration du volume du sang, avec refoulement de ce liquide vers le centre de la circulation, période qu'accompagne l'amélioration des facultés intellectuelles ; 2°. un retour général du système circulatoire, avec harmonie dans la répartition du sang dans les diverses parties du corps, d'où résulte d'abord un mieux-être sensible, et par la suite des phénomènes fébriles et même cérébraux, si la réaction est trop forte ; 3°. enfin, une détente favorable avec tendance au retour à l'ordre, ou bien un collapsus du plus fâcheux pronostic.

Tels sont les effets généraux des affusions administrées chez les sujets atteints d'affections cérébrales. C'est après s'être bien pénétré de leur

manière d'agir, que l'on en pourra faire d'heureuses applications au traitement de l'arachnitis.

Nous allons poser différens principes qui pourront guider le praticien dans l'emploi de ce moyen.

123. Toutes choses égales d'ailleurs, la réaction est d'autant plus longue à s'établir, que la température de l'eau est plus abaissée, que le sujet jouit d'une moins grande énergie vitale, que la fièvre est moins forte et l'affusion plus prolongée.

124. La réaction est d'autant plus forte, que la température de l'eau est plus abaissée, que le sujet jouit d'une plus grande énergie vitale, que la fièvre est plus intense, et l'affusion plus prolongée et plus largement administrée. *Vice versâ*.

125. La réaction est en rapport avec le degré d'énergie vitale, de même que la sédation est en rapport avec l'abaissement de température.

126. Poussée à l'extrême, la sédation stupéfie et jette dans le collapsus; elle peut aller jusqu'à anéantir la vie. Il en est de même de la réaction qui, trop fortement développée, use la vie par excès de stimulation.

127. Ainsi, la température, la durée, la masse d'eau, devront toujours être calculées d'a-

près l'énergie du sujet, et d'après la somme de réaction que l'on peut en attendre. Toutes ces données sont susceptibles d'une foule de modifications, dépendantes de la susceptibilité individuelle et des différentes circonstances dans lesquelles se trouvent les sujets : cependant, comme il est des règles, des principes démontrés par l'expérience, touchant la température la plus avantageuse à donner à l'eau, et le tems que doit durer chaque affusion, nous en traiterons plus tard dans un article spécial.

§. II. *Période de la maladie où l'emploi des affusions froides est indiqué.*

128. Le passage de la première à la deuxième période de l'arachnitis, et les premiers tems de cette deuxième période, sont, sans contredit, les époques les plus favorables pour l'emploi des affusions. Pendant tout ce laps de tems, le malade présente assez de force pour fournir une réaction suffisante. Mais lorsqu'arrive la troisième période, et principalement sa deuxième partie, l'on conçoit facilement que tout espoir de salut est éteint, que les désordres organiques sont portés trop loin, pour qu'il soit permis de pouvoir les surmonter ; aussi, lorsqu'on a recours aux affusions, à cette époque, les voit-on constamment échouer. Cependant, si l'on veut adopter pour

principe l'aphorisme, *meliùs anceps quàm nullum,* c'est alors que l'on pourra dans certains cas, obtenir de ces guérisons inespérées, bien rares, il est vrai, mais que dans la pratique médicale l'on ne doit point négliger, le pouvoir des forces de la nature nous étant souvent inconnu. C'est dans ces circonstances, que l'on voit l'affusion ranimer la vie prête à s'éteindre, faire gagner du tems, objet si précieux, et mettre le médecin à même de lutter avec avantage contre les désordres pathologiques qui, sans ce moyen, eussent sans contredit entraîné la mort du sujet.

Il en est encore à peu près de même de ces cas, où les lésions de l'arachnoïde n'étant pas en rapport avec le degré de faiblesse du malade, l'affusion, en remontant son énergie, met la nature à même de vaincre une affection, que les seules ressources ordinaires n'auraient pu surmonter.

129. L'époque la plus favorable pour l'administrer est celle où l'économie peut lutter avec le plus d'avantage contre l'action du froid. Ce moment est celui de la plus forte chaleur, celui où la réaction fébrile est établie : l'effet sédatif du frais est alors le plus prononcé possible (1) ;

---

(1) En effet, les différens mouvemens organiques étant à

dans toute autre période, la vie serait trop faible ; dans celle du frisson, par exemple, ou dans tout autre état remplaçant ce stade du froid, l'affusion, dont le premier effet est de produire un refoulement du sang vers le centre circulatoire, serait suivi d'un état de concentration telle de ce fluide, que la répartition égale dans toutes les parties du corps, d'où naît la réaction et le bienfait qui l'accompagne, ne pourrait nullement s'effectuer, ou du moins ne le ferait qu'avec beaucoup de difficulté : ce serait le même cas qu'une affusion donnée à une température trop basse ; les accidens seraient les mêmes, un froid violent et permanent, un tétanos et même des lipothymies quelquefois mortels.

130. Dans le stade du froid fébrile, l'affusion est donc contre indiquée, par cette raison que l'énergie vitale n'a pas encore eu le tems de se développer, tandis que dans le stade de la sueur où l'expérience l'a également démontrée désa-

---

leur *maximum*, prêtent davantage aux moyens de traitement que l'on veut employer : il en est ici comme des autres affections : ne voit-on pas, en effet, que les évacuations sanguines dans les diverses phlegmasies, sont suivies de plus d'avantage, lorsqu'on les pratique dans le moment de la plus forte exacerbation.

vantageuse, nuisible, elle devient pernicieuse, par cela que l'ensemble des forces ayant été usé par l'effet de la réaction, il lui devient impossible d'en développer assez pour lutter contre l'action du froid.

131. En général, ce n'est qu'après des évacuations sanguines préliminaires que l'on doit avoir recours à l'affusion; c'est lorsque la marche de la maladie a été enrayée par la saignée ou les sangsues, lorsque l'on a peu à redouter l'excès de réaction; alors mieux que tout autre moyen, l'affusion tend à rétablir les fonctions intellectuelles dans leur état naturel; cependant, il est des cas où l'on pourrait y avoir recours plus tôt; par exemple, si l'on ne retirait aucun effet sensible des soustractions sanguines, ou si même, sous leur influence, comme nous avons eu occasion de l'observer, les accidens cérébraux augmentaient; les affusions alors peuvent devenir du plus grand avantage.

§. III. *Mode d'administration.*

132. La température qui, dans la plupart des cas, où il convient d'administrer les affusions, est la plus avantageuse, est celle de quatorze à seize degrés : l'action sédative du froid se trouve unie à une réaction douce et modérée. Mais lorsque la susceptibilité du malade est vive, et que

l'on pourrait craindre l'impression trop prompte, trop instantanée, d'un certain abaissement de température, il convient alors de donner les premières à vingt degrés, et de descendre successivement qu'à seize ou quatorze.

Dans les pays méridionaux et dans les saisons chaudes, l'on peut les donner à seize degrés de prime à bord, et les descendre ensuite jusqu'à quatorze, douze, et même dix.

133. Deux à cinq minutes suffisent, en général, pour produire la sédation que l'on cherche à obtenir, et pour éviter l'affaissement qui suit quelquefois l'affusion : ce tems suffit également pour provoquer la réaction.

L'on conçoit ensuite, que la durée de l'affusion, sa largeur, sa température, peuvent et doivent être modifiées à l'infini, selon le degré de susceptibilité, selon les circonstances, selon les indications que l'on désire remplir, et selon les effets que l'on en a obtenus.

Cependant, nous le répétons, la première affusion doit toujours être de peu de durée, elle doit mettre à même d'explorer le sujet, touchant cet ordre de moyen ; c'est d'après l'effet de la première affusion que l'on se réglera pour la manière d'administrer les suivantes, et c'est alors seulement que l'on pourra les prolonger de cinq à dix minutes, si l'on y voit un avan-

tage réel : chez certains sujets, on les fait durer quinze, vingt minutes.

134. Pour administrer l'affusion, il convient de placer le malade dans une baignoire, au fond de laquelle on met de l'eau tiède, afin de pouvoir le préparer à la sensation qu'il doit éprouver ; ou bien, lorsque la connaissance est entièrement perdue, et que le malade est difficile à remuer, on le porte dans un drap au-dessus de la baignoire, ou l'abaisse un peu dedans, et le médecin l'affuse tandis que des personnes le maintiennent.

135. Les vases contenant l'eau, aux diverses températures, ou bien à une seule, selon qu'on a jugé convenable, étant préparés, l'on procède à l'affusion : pour cet effet, on commence par jeter une petite quantité d'eau à la figure, puis sur le front ; ce n'est qu'après quelques affusions sur ces régions, qu'on la dirige largement sur le sommet de la tête, en ne mettant entre chacune d'elle qu'un intervalle de quelques secondes. Administrée d'une manière continue, l'affusion fatiguerait, épuiserait le sujet ; trop éloignée au contraire, il la supporterait trop péniblement.

136. En général, l'affusion doit être donnée à nu, à moins de circonstances particulières, et dont nous traiterons en parlant des précautions

qu'il faut prendre. L'affusion étant terminée, l'on enveloppe le malade dans un drap bien sec, chauffé dans l'hiver, et on le reporte ainsi dans son lit. On a la précaution de lui essuyer la tête et même de l'envelopper d'une serviette, surtout chez les femmes, à cause de leur longue chevelure.

Il est des sujets qui n'exigent que quatre à cinq affusions, pour que le retour à l'ordre se rétablisse ; chez d'autres, au contraire, l'on est obligé de les réitérer jusqu'à dix, quinze, vingt, vingt-cinq fois, pour surmonter la tendance vicieuse de la maladie. Cependant, nous remarquerons que dans la plupart des cas où nous avons vu prolonger ainsi l'usage des affusions, l'on n'avait alors pour but que d'atténuer, de faire cesser divers accidens, dont la ténacité pouvait retarder la marche favorable de la maladie ou même compromettre les jours du malade. Dès que l'on juge que l'affection qui a nécessité l'usage des affusions peut se terminer sans qu'on soit obligé de les continuer, il faut les interrompre, car alors on courrait risque de compromettre gratuitement les organes thoraciques.

Voici quelques règles qui pourront faciliter l'emploi de ce moyen.

137. Lorsque l'affusion est immédiatement suivie de la réaction fébrile, que la chaleur n'a

pas été modérée, que la sédation n'a point été sensible, on doit en cesser l'usage, si toutefois ces différens effets ne résultent pas du manque de certaines précautions ; alors elle est désavantageuse et nuisible.

138. Si la réaction tarde trop à s'établir, plus de vingt minutes, par exemple, c'est un signe que l'affusion n'est pas en rapport avec l'activité vitale du malade, qui est trop faible pour fournir une réaction suffisante, alors il faut que l'affusion soit moins prolongée, et que la température soit un peu abaissée.

139. C'est dans ces cas, ainsi que dans ceux où l'affusion est suivie d'un état d'affaissement, état qui en contre indique entièrement l'usage, que l'on doit favoriser la réaction ou ranimer l'énergie vitale, au moyen de frictions sèches et même d'un tonique diffusible administré à l'intérieur, tel par exemple que le sirop d'éther, etc. La répétition des affusions dans ces cas, ne ferait qu'user les forces du sujet.

140. Lorsque la réaction est très-forte, l'affusion n'en est pas pour cela contre indiquée; il faut seulement rapprocher les intervalles et l'administrer dès que la réaction fébrile est établie, sans attendre la période d'affaissement : on ne la discontinuerait que si l'on voyait bien évidemment, au bout de trois ou quatre, que le

même effet désavantageux continuât, ou bien qu'elle fût suivie d'un état de collapsus.

§. IV. *Précautions qu'exige l'emploi des affusions froides.*

141. Pour retirer l'effet désiré des affusions, il faut avoir le soin de s'attacher à deux points : 1°. A lever les obstacles qui pourraient s'opposer à leur action, ou retarder leurs heureux effets ; 2°. à éviter les dangers qui peuvent être la suite de leur emploi.

142. Au premier cas, se rapportent certaines modifications dans la manière de les administrer, modifications qui sont entièrement relatives à chaque malade. Elles peuvent être aussi nombreuses que la susceptibilité individuelle ; aussi, nous ne pouvons nous permettre que d'en indiquer quelques-unes : par exemple, chez certains sujets, l'affusion n'est réellement utile que lorsqu'ils ont les pieds plongés dans l'eau chaude ; chez ceux-ci, c'est lorsqu'ils seront placés dans un bain tiède ; chez ceux-là, il ne faudra la diriger que sur le front, sur le sinciput, ou sur la face seulement. Chez d'autres, il faut avoir la précaution de leur couvrir la poitrine avec une étoffe de laine, si l'on ne veut provoquer, par le passage de l'eau sur cette partie, une douleur atroce, comme nous l'avons observée nous-

mêmes chez plusieurs individus. Enfin, chez quelques personnes, il faut faire suivre l'emploi des affusions de celui des bains frais ou tièdes, afin d'entretenir la sédation du système nerveux, tandis que chez quelques autres, il faut se défendre de la réaction cérébrale par des sangsues derrière les oreilles, autour du cou, aux tempes, et quelquefois même par la saignée.

143. Pour ce qui a rapport aux inconvéniens qui peuvent être la suite des affusions, on ne peut trop s'en occuper; car souvent c'est en négligeant certaines précautions, qu'on éloigne de la thérapeutique des moyens qui peuvent devenir du plus haut intérêt pour les malades; aussi avons-nous vu mainte et mainte fois des praticiens, d'ailleurs fort distingués, rejeter les affusions avec une sorte de mépris, de mécréance, par cela seul qu'ils n'étaient point instruits suffisamment sur la manière d'éviter les accidens qui peuvent résulter de leur usage. Le plus à craindre, sans contredit, de ces accidens, est l'inflammation des organes contenus dans la cavité thoracique; aussi c'est de ce côté que doit se porter toute la sollicitude du médecin. Il est peu de praticiens qui aient eu recours aux affusions, et qui n'aient eu l'occasion de vérifier ce que nous disons ici : pour notre part, nous l'avons observé différentes fois.

144. Le plus ordinairement, ce sont les poumons et la plèvre qui sont les plus susceptibles de s'enflammer : en effet, si d'une part l'action sédative du froid appliqué à la périphérie du corps se répète sur les organes internes, ceux qui sont contenus dans le thorax se trouvent plus que tous les autres exposés à des congestions qu'il faut prévenir ou arrêter, ce qui n'offre que peu de difficulté. Nous remarquerons cependant que les affusions produisent beaucoup moins d'inflammations que ne pourrait le faire l'application partielle et permanente du froid. Nous avons plusieurs fois été à même de les employer dans des cas, où une affection nerveuse compliquait une phlegmasie de poitrine, et nous n'avons que très-rarement vu augmenter les symptômes péripneumoniques.

145. Après avoir recouché le malade, après avoir favorisé ou attendu la réaction selon que celle-ci sera plus ou moins facile, l'on explorera la poitrine avec le plus grand soin, et cela à l'aide du sthétoscope de M. Laënnec; et pour peu que le phénomène de l'inspiration soit altéré, ou que l'on reconnaisse tout autre caractère de lésion des organes respiratoires, on cessera tout usage des affusions. Ainsi, en examinant le thorax avant de les commencer, l'examinant après et avant chacune d'elle, l'on aura une con-

naissance intime de l'état des poumons et même de la plèvre, et l'on ne risquera nullement de compromettre ces organes. Quant au cœur et surtout au péricarde, le diagnostic de leur inflammation étant encore plus difficile, l'on devra se montrer beaucoup plus circonspect, et dès le moindre soupçon de maladie de ces organes, l'on suspendra aussitôt l'emploi des affusions : mais nous ne sachons pas qu'on ait observé la péricardite à leur suite. En général, l'on ne se fiera nullement à la percussion, qui souvent est trompeuse comme chacun a pu s'en assurer.

146. Les phlegmasies abdominales sont très-rares après l'emploi des affusions ; nous n'en connaissons même aucun exemple.

Les rhumatismes, tant musculaires que synoviaux, s'observent quelquefois : dans le courant de 1820, nous avons été témoins d'un fait, où ce mode d'application de l'eau détermina un rhumatisme articulaire que l'autopsie démontra malheureusement : la mort survint par une autre cause, une inflammation interne très-étendue.

147. Lorsqu'après l'administration de l'affusion le frisson persiste, lorsque le pouls reste concentré, que le malade se réchauffe avec difficulté, il faut pratiquer quelques frictions sèches le long des membres, sur la région précordiale, et entourer les pieds avec des flanelles chaudes.

Mais si malgré ces moyens, le froid continuait, si les membres devenaient roides, le pouls insensible, si le sujet tombait dans un état lipothymique ou tétanique, alors il faudrait recourir à la hâte à tous les stimulans possibles. On appliquerait des sinapismes aux pieds, aux genoux, aux cuisses; on frictionnerait les membres, la région de la colonne vertébrale et celle du cœur, avec des teintures aromatiques; l'on ferait respirer l'ammoniaque, l'éther, l'acide hydrochlorique, etc.

Telles sont les données que nous avons cru devoir fournir au sujet des affusions froides; nous en avons dit suffisamment pour mettre tout praticien à même d'y avoir recours, et pour favoriser l'emploi d'un moyen qui, dans des mains prudentes, peut devenir d'un grand avantage, tandis qu'employé légèrement ou d'une manière trop inconsidérée, il ne tend qu'à discréditer la science, tout en nuisant ou même en étant funeste au malade.

Nous ne terminerons pas cet article, sans rendre à M. Récamier le tribut qui lui appartient, pour les savans conseils qu'il a bien voulu nous donner sur l'usage des affusions, et sans le remercier de la manière obligeante et aimable avec laquelle il s'est prêté à nous communiquer tout les renseignemens dont nous pouvions avoir besoin à cet égard.

CONVALESCENCE.

148. Quoique l'arachnitis soit une maladie des plus graves, et qu'elle emporte la plupart de ceux qu'elle attaque, elle n'est pas cependant toujours mortelle, et au-dessus des ressources de l'art, comme nous le démontrerons plus tard par plusieurs faits de guérison.

Mais ce serait en vain qu'on aurait éloigné le danger et rétabli le calme, si après la disparition des grands accidens, on ne s'occupait pas des moyens de confirmer la convalescence, et de prévenir le retour de la maladie ; il est probable qu'une rechute serait alors au-dessus de toutes ressources.

Comme l'inflammation de l'arachnoïde est une maladie absolument locale, comme elle siége dans le voisinage d'un organe des plus importans, sur les fonctions duquel nous avons vu qu'elle influait d'une manière si notable, c'est sur les fonctions mêmes de cet organe, qu'il faut principalement diriger son attention dans la convalescence.

Les peines, le chagrin, et en général toutes les affections morales tristes, n'étant pas sans influence dans la production de l'arachnitis, comme nous l'avons démontré en traitant de ses causes, il est de la dernière importance dans la convales-

cence, d'éviter tout ce qui pourrait les renouveler ou en amener de semblables.

Les impressions opposées, c'est-à-dire, les sensations trop vives de joie et de plaisir, les heureuses nouvelles annoncées trop brusquement, doivent être par la même raison aussi pernicieuses; aussi faut-il les éviter avec le plus grand soin.

Quant aux fonctions intellectuelles, on doit en interdire sévèrement l'exercice pendant longtems, à tous ceux qui ont eu, ou qu'on suppose avoir eu quelqu'inflammation de l'arachnoïde; ce sont surtout les travaux de cabinet, ceux qui exigent de la réflexion et une forte tension d'esprit, qu'il faut bannir avec le plus de rigueur.

Les impressions contraires, c'est-à-dire celles que caractérisent la paix, le calme, la gaieté, les douces émotions de l'amitié, doivent être multipliées et variées à l'infini par tous ceux qui portent au convalescent, l'intérêt qu'il commande en cette circonstance. Les malades apprécient d'autant plus la valeur de ces sortes de jouissances, qu'elles leur sont prodiguées par ceux qui les touchent de plus près.

Nous ne parlons pas de toutes les précautions qu'il faut prendre pour l'air, la nourriture, les vêtemens, l'exercice, des soins qu'il faut appor-

ter pour préserver le corps et surtout la tête de l'impression trop vive du froid et de la chaleur ; les règles qu'il faut observer à cet égard qu'étant connues et absolument les mêmes, que dans la convalescence des autres maladies, nous ne ferions que rappeler ce que tout le monde sait, en cherchant à les détailler. Cependant, nous appuierons davantage sur l'emploi des liqueurs alcooliques qui, par leur influence sur le cerveau, pourraient renouveler les accidens, ce dont nous avons été plusieurs fois témoins; nous noterons encore les foyers trop ardens dont les malades doivent s'éloigner, ainsi que l'usage des poêles qui, jetant une trop forte chaleur, tendent à rappeler de nouvelles congestions cérébrales.

Il est encore un point d'une extrême importance pour le succès de la convalescence de l'arachnitis, et sur lequel nous ne saurions trop insister : nous voulons parler des plaisirs de l'amour. Si l'expérience journalière nous fait voir le danger de ces sortes de jouissances dans la convalescence de toutes les maladies, elle nous montre encore, qu'elles sont infiniment plus dangereuses à la suite de l'arachnitis ; c'est un fait constaté par les bons observateurs de tous les tems, et que les grands chirurgiens, tant anciens que modernes qui se sont occupés des plaies de tête, n'ont point manqué de consigner dans leurs

écrits. On ne peut préciser d'une manière exacte l'époque à laquelle on peut sans inconvénient s'y livrer ; elle doit être nécessairement plus prolongée que pour toutes les autres affections ; il faut en général que la santé et la vigueur primitives soient affermies d'une manière stable, depuis un tems assez long.

La céphalalgie est un symptôme de l'arachnitis, que l'on voit quelquefois se prolonger assez avant dans la convalescence, elle paraît purement nerveuse, et se dissipe facilement par de simples bains de pieds, quelques lotions froides sur la tête, ou par des frictions sur cette partie, avec un peu d'éther qui agit alors de la même manière, ou enfin par l'usage des bains frais à vingt ou vingt-deux degrés.

Il peut être aussi quelquefois nécessaire d'avoir recours à une application de quelques sangsues soit aux tempes, soit au cou, à l'anus, ou aux pieds, si quelques symptômes de pléthore persistent, ce qui arrive quelquefois chez les jeunes enfans. Nous avons encore vu employer dans ce cas et avec succès les affusions froides, données une ou deux fois par jour et d'une manière pour ainsi dire instantanée. Enfin, la fréquence du pouls qui se prolonge souvent après la maladie, cède facilement à l'exercice en pleine air et à quelques bains tièdes.

CHAPITRE III.

Clinique de l'arachnitis cérébrale.

149. Nous venons de tracer l'histoire générale de l'arachnitis cérébrale ; nous venons d'exposer l'ensemble de cette phlegmasie ; maintenant, il ne nous reste plus, pour compléter notre travail, qu'à approfondir différens phénomènes que nous n'avions pu, jusqu'ici, qu'indiquer, et à entrer dans certains développemens que la partie clinique peut seule comporter. Nous allons pénétrer dans les sentiers tortueux de la pratique, mais tout en essayant de soulever le voile qui couvre ses mystères, nous nous renfermerons dans la saine observation. Nous n'avancerons rien que nous ne puissions l'étayer par un fait, et dans les cas douteux, nous nous abstiendrons de porter un jugement, persuadé que dans les sciences, l'indécision est préférable à un jugement hazardé. Fidèles à la marche analytique que nous nous sommes efforcés de suivre dans la composition de cet ouvrage, nous irons du simple au composé, de l'arachnitis débarrassée de toute complication, à l'arachnitis coexistant avec des lésions non cérébrales, puis avec des lésions cérébrales. De cette manière, on

pourra facilement distinguer les symptômes propres à cette phlegmasie, de ceux qui lui sont étrangers, et l'on s'assurera en même tems, que tout ce que nous avons dit dans l'histoire générale, n'est qu'une simple analyse des faits renfermés dans cette partie.

ARTICLE PREMIER.

Arachnitis cérébrale simple.

150. Ici, nous allons considérer l'arachnitis cérébrale d'une manière isolée, en passant tour-à-tour en revue chacune de nos observations, 1°. sous le rapport des causes tant externes qu'internes; 2°. sous le rapport du siége de la portion de l'arachnoïde enflammée, soit que la phlegmasie existe à la convexité des hémisphères, soit qu'elle existe seulement à la base, qu'elle soit bornée aux ventricules, ou bien qu'elle affecte tout l'ensemble de la séreuse; 3°. enfin, sous le rapport des divers symptômes particuliers que peut présenter chacun des appareils, sensitif, locomoteur, digestif, ou circulatoire.

Cette manière d'examiner la phlegmasie de l'arachnoïde, nous fournira d'amples considérations qui seront à notre histoire générale, ce qu'un individu est à la classe à laquelle il appartient,

ce qu'un fait particulier est au résultat d'une masse de faits. Ainsi sans rien changer à ce que nous avons pu dire jusqu'ici, nous trouverons de nouveaux développemens dans des sources nouvelles, et nous aurons occasion de donner quelqu'extension à certains points de l'histoire générale, qui demandaient peut être des éclaircissemens. Transportés, pour ainsi dire, au lit du malade, nos réflexions deviendront aussi variées que le seront les divers faits qui leur serviront de base; mais tout en considérant chacune de ces observations, sous le point de vue et d'après la marche que nous venons d'indiquer, ce qui formera le complément naturel et la preuve de ce que nous avons avancé dans notre histoire générale, nous appuierons sur les caractères particuliers et distinctifs de chacune d'elles, selon leur degré d'importance, en même tems que nous établirons les applications pratiques qui s'y rattachent. Nous espérons que le lecteur pourra facilement nous suivre dans ce nouvel examen, à l'aide des connaissances qu'il a déjà acquises.

S'il nous arrive, par hasard, de présenter quelques faits où l'on remarque des complications, l'influence de ces dernières ne sera jamais assez grande pour donner lieu à des difficultés.

SECTION PREMIÈRE.

Causes.

151. Comme c'est de la sûreté et surtout de la promptitude du diagnostic de l'arachnitis, que dépend le succès de son traitement, le praticien doit non-seulement étudier avec soin les caractères qui peuvent le mettre à même d'acquérir cette connaissance, mais il doit encore s'attacher particulièrement à ceux qui peuvent lui faire prévoir cette phlegmasie, avant même qu'elle n'existe : et comme ces derniers caractères se tirent spécialement de la parfaite connaissance de la nature des causes qui peuvent la produire, c'est aussi de ce côté que doivent de preférence se porter ses regards. Mais dès qu'il se croira suffisamment éclairé, il ne devra point balancer ; il faut qu'il agisse et surtout qu'il agisse promptement, tout délai pouvant avoir les plus fâcheuses conséquences ; en effet, l'expérience n'a que trop démontré que l'arachnitis parvenue à sa deuxième période est souvent au-dessus des ressources de l'art.

Ce que nous venons de dire suffira, sans doute, pour faire sentir l'importance des causes, dans l'arachnitis, et pour nous mettre à même de passer de suite à leur examen.

§. Ier. *Causes externes.*

152. Les causes externes sont celles qui apportent la plus grande somme de probabilités, pour l'existence de l'arachnitis. Mais de toutes ces causes, celles qui ont le plus de valeur, sans contre dit, sont les violences exercées sur le crâne. L'examen de cette boîte osseuse, joint aux détails que peut fournir le commémoratif, suffit en général, pour arriver à la vérité et pour permettre de découvrir la véritable nature de la maladie.

153. Les violences extérieures ontcela de particulier, qu'elles entraînent fréquemment à leur suite une foule de complications qui peuvent jeter beaucoup de difficultés sur le diagnostic, en même tems qu'elles rendent la guérison souvent impossible. Ces complications sont le plus ordinairement des plaies du cuir chevelu, des fractures du crâne, sa nécrose, les épanchemens sanguins entre l'os et la dure-mère, la meur trisure de la pulpe cérébrale, quelquefois même son inflammation ou bien celle de la méninge, les érysipèles consécutifs, les divers effets de commotion, qui ont lieu immédiatement après l'accident, etc., etc.

154. Plus que toutes les autres causes, celles dont il s'agit ici, tendent à produire la sup-

puration, mais il n'est pas d'époque déterminée pour cet établissement, de même qu'il n'en est pas pour l'instant de l'invasion de l'arachnitis qui peut avoir lieu aussitôt après le coup, comme quelques heures, quelques jours plus tard.

155. Ainsi donc : après toute contusion à la tête, après toute insolation de cette partie, l'on devra redoubler d'attention et se tenir prêt à agir dès qu'apparaîtra le moindre symptôme cérébral ; mais de tous ces symptômes, celui qui devra davantage éveiller la sollicitude du médecin, sera la céphalalgie, dont il devra se rendre maître par un traitement antiphlogistique et dérivatif, quelle que peu prononcée qu'elle puisse être.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère gauche par violence extérieure. — Paralysie commençante du côté droit.

Un manœuvre âgé de vingt-deux ans, fut renversé par une auge de plâtrier, qui lui tomba de la hauteur de vingt pieds sur la tête, et lui fit à la partie supérieure et postérieure gauche, une plaie d'un pouce et demi de longueur. Immédiatement après le coup, il perdit connaissance, mais il recouvra bientôt l'usage des facultés intellectuelles. Il fut pris également de vo-

missemens spontanés. Transporté le même jour à l'Hôtel-Dieu, il fut saigné deux fois ; on le mit à l'usage de l'émétique en lavage : tout allait au mieux, lorsque le treizième jour de l'accident, il éprouva des frissons irréguliers, l'appétit qui était bon, se dissipa, et un érysipèle survint à la face. Des boissons délayantes sont employées, ainsi qu'un nouvel émeto-catarthique ; l'érysipèle parcourt ses périodes ordinaires sans accident, et le vingt-cinquième jour, la plaie du cuir chevelu conservait un bon aspect.

Le vingt-sixième jour : perte d'appétit ; langue sèche et rouge ; malaise général ; diminution de la suppuration de la plaie ; gêne considérable dans les mouvemens des membres du côté droit.

Le vingt-septième et le vingt-huitième jour : augmentation des accidens ; agitation la nuit. — Serum.

Le vingt-neuvième jour : plaintes continuelles ; réponses justes mais languissantes ; facies décomposé ; mouvemens du bras droit très-difficile ; suppression complète de la suppuration de la plaie ; pouls précipité ; sécheresse de la langue et de la peau. Mort le soir.

Ouverture du cadavre. — 1°. Le péricrane était détaché de l'os et couvert de pus : immédiatement au-dessus, le pariétal gauche était nécrosé dans

l'étendue d'une pièce de douze sols, et seulement dans sa table externe. Cet os présentait en outre une félure de quelques pouces.

2°. Vers la région correspondante à la nécrose, l'arachnoïde était enflammée dans une étendue de plus de trois pouces. Le feuillet qui tapisse la dure-mère, était considérablement épaissi et adhérait au feuillet qui recouvre la pie-mère, de telle sorte qu'il en résultait une espèce de poche qui était pleine de pus.

— Le cerveau était sain.

156. Ce que nous avons à remarquer dans cette observation, comme pouvant éclairer le diagnostic de l'arachnitis, c'est la nature de la cause sous l'influence de laquelle nous voyons cette phlegmasie se développer ; mais ce qui doit aussi fixer notre attention et ce qui distingue ce fait de beaucoup d'autres, c'est la manière dont l'inflammation se trouve bornée, ce sont les adhérences établies seulement à sa circonférence, d'où résulta un foyer circonscrit, et conséquemment des phénomènes purement locaux.

Nous voyons les treize premiers jours se passer sans accident : les deux saignées et l'émétique employés suffisent pour les prévenir ; mais l'apparition d'un érysipèle, à l'époque où le malade commençait à se livrer à son appétit et à concevoir l'idée d'une prochaine guérison, vint don-

ner l'éveil sur des dangers ultérieurs. En effet, lorsqu'à la suite des contusions violentes ou des plaies de la tête, on voit survenir un érysipèle à la face, toute sécurité doit cesser ; cette phlegmasie annonce en général, ou bien l'extension d'un érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu qui peut avoir été méconnu, spécialement lorsqu'il n'existe point de plaie extérieure, ce que nous avons plusieurs fois observé, ou bien la coïncidence d'une inflammatiou beaucoup plus fâcheuse, l'existence d'une arachnitis : les signes de cette dernière sont alors la plupart du tems confondus avec ceux de l'érysipèle qui absorbe toute l'attention de l'observateur ; et si glissant trop légèrement sur la céphalalgie, le praticien ne la combat pas jusque dans ses derniers retranchemens, une troisième période éclate spontanément, et bien que l'érysipèle puisse diminuer d'intensité, tout espoir de salut est à jamais perdu, et le malade ne tarde pas à succomber. Pour peu que la suppuration vienne à diminuer, on est porté à lui attribuer les différens accidens que l'on observe, et à les regarder comme totalement dépendans d'une métastase : mais, soit dit en passant, ces sortes de métastases sont excessivement rares, et nous ne connaissons que celle de Morgagni que nous avons citée ailleurs. Ici l'on se méprend, on confond l'effet avec la

cause. Le dessèchement de la plaie, de même que la diminution que l'on observe alors dans toutes les secrétions, n'est dû qu'au seul progrès de l'affection cérébrale, et le danger ne consiste pas, comme le pensent quelques praticiens, dans la suppression de la suppuration, mais bien dans l'arachnitis, dont elle nous représente la dernière période; aussi remarque-t-on à cette époque les symptômes cérébraux les plus graves. Chez notre malade, par exemple, le même jour qui voit la diminution du pus dans la plaie du cuir chevelu, voit aussi un commencement de paralysie dans le bras droit, et le quatrième ou le dessèchement est complet, la mort à lieu.

Si nous ne retrouvons pas dans cette observation, la céphalalgie que nous avons indiquée comme caractère essentiel de l'arachnitis, nous sommes autorisés par le grand nombre de faits que nous possédons, à regarder son absence, comme dépendant d'un oubli de la part de l'observateur, tous les malades que nous avons examinés nous-mêmes, nous l'ayant offerte, et toutes les observations que nous possédons, recueillies depuis les dernières années où l'on apporte beaucoup plus d'attention dans l'examen des affections cérébrales, nous l'ayant présentée dans l'arachnitis par cause externe.

Cette histoire nous servira encore de texte à

quelques autres réflexions. On a dû remarquer le premier effet de la commotion au moment de l'accident, se manifestant par une perte de connaissance de courte durée, et se répétant sympathiquement sur l'estomac, d'où, les vomissemens spontanés qui eurent lieu dans la même journée. On a dû remarquer également la liberté des facultés intellectuelles pendant tout le cours de la maladie, liberté coïncidant avec un épanchement purulent sur l'hémisphère gauche, quoique cet épanchement fût assez abondant pour produire la paralysie du bras droit : enfin, on a dû remarquer l'état pour ainsi dire latent de cette phlegmasie, spécialement sous le point de vue du trouble de l'intelligence, ce qui dépend du peu d'étendue de la portion d'arachnoïde enflammée et de la manière dont la phlegmasie se trouvait circonscrite, l'épanchement ayant fait dominer les accidens du côté de la pulpe et non du côté de la séreuse.

Nous renverrons nos lecteurs, pour ce qui a rapport aux développemens dont cette histoire est susceptible, sous le point de vue des lésions de l'intelligence, aux articles où nous traitons du *siége de l'arachnitis et des facultés intellectuelles*.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères par violence extérieure. — Pleurésie.

Un homme de 30 ans, qui venait d'être entraîné par l'éboulement d'une pile de bois, fut apporté le même jour, sans connaissance, dans la salle de M. Dupuytren. Il portait à la partie antérieure et supérieure gauche du coronal, une plaie d'un pouce de diamètre; l'os qui correspondait à cette plaie était fracturé en plusieurs points, et une petite portion se trouvait enfoncée de plus de deux lignes, au-dessous du niveau des autres os. On pratiqua plusieurs débridemens; on releva les pièces enfoncées et aussitôt l'état d'engourdissement dans lequel était le malade, cessa.

Première période. Le soir, un peu de céphalalgie. — Saignée de deux palettes; serum émétisé. — Nuit bonne.

Deuxième période. Deuxième jour : augmentation de la céphalalgie; désordre dans les idées; pouls grand, plein et dur. — Saignée de deux palettes; serum émétisé. Le soir même état. — Nouvelle saignée.

Troisième jour : idées incohérentes; yeux fixes;

face colorée; tendance du malade à se découvrir. — Saignée de deux palettes.

Quatrième jour: impossibilité de répondre aux questions qui lui sont adressées, quoiqu'il reste encore quelques traces d'intelligence, et que les mouvemens puissent s'exécuter volontairement. Au niveau de la plaie, la dure-mère est couverte de pus et soulevée. — Saignée du pied; sinapismes. — Diminution momentanée de la stupeur qui ne tarde pas à augmenter.

Troisième période. Le soir, insensibilité absolue; perception entièrement abolie; coloration de la face; peau chaude; respiration pénible et fréquente; toux. La dure-mère paraissant plus tendue, on y fit une petite ponction qui donna issue à une cuillerée de sérosité rougeâtre. — Trente sangsues aux tempes.

Cinquième jour: sensibilité moins obtuse; le malade fait des efforts pour se retourner et tend la main; pouls dépressible. Une nouvelle ponction pratiquée dans un autre point de la dure-mère, donne lieu à un écoulement de sérosité purulente. — Vésicatoires aux cuisses. — Le soir, insensibilité complète; face rouge, animée; respiration bruyante. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. Fracture du coronal dans l'endroit cité, avec deux fêlures se dirigeant, l'une vers le pariétal droit, l'autre

vers la portion écailleuse du temporal du même côté. Vers cette dernière région, entre l'os et la dure-mère, existait un caillot de la largeur d'un écu de six francs.

2°. Toute la surface de l'arachnoïde qui tapisse la face supérieure et interne des hémisphères cérébraux était épaissie, opaque et couverte de pus, lequel prédominait particulièrement à gauche. La pie-mère en était également infiltrée.

3°. Le cerveau, dans la partie qui correspond à la dépression de l'os, était fortement ecchymosé dans sa substance grise.

— La plèvre du côté droit était couverte de fausses membranes et remplie d'un liquide séroso-purulent.

157. Sans nous arrêter sur les effets de la compression exercée par l'enfoncement d'une portion du coronal, d'où résultait l'engourdissement qui suivit le coup, nous ferons observer que dans ce cas, comme dans le précédent, la nature de la cause annonçait la nature de l'affection cérébrale. Ici la phlegmasie marche avec une rapidité étonnante; la saignée du premier jour ne diminue en rien la céphalalgie, et dès le deuxième qui constitue déjà la deuxième période, les signes de l'arachnitis se manifestent par le désordre des idées contre lequel viennent échouer de nouvelles évacuations sanguines. Les lésions de la

sensibilité complètent l'ensemble des caractères de la maladie qui se termine par un coma mortel. Nous retrouvons dans cette observation, tous les symptômes que nous avons assignés à l'arachnitis de la convexité des hémisphères. La cause excessivement violente ayant développé une arachnitis très-étendue, les périodes se trouvent très-rapprochées, et l'autopsie est tout-à-fait en rapport avec la nature des accidens comme avec leur succession.

La coïncidence de la pleurésie avec l'arachnitis, mérite quelqu'attention, et sans prétendre affirmer que la phlegmasie thoracique n'a point été dans ce cas la suite d'une contusion de la poitrine, nous n'en noterons pas moins ce fait, comme se liant étroitement à beaucoup d'autres que nous avons eu occasion d'observer, et desquels il résulte, que toutes les fois qu'une séreuse devient le siége d'une inflammation, les séreuses des autres cavités ont une grande tendance à s'enflammer.

158. Nous ne terminerons pas ce que nous avons à dire sur l'action des violences extérieures exercées sur le crâne, sans appuyer sur la tendance qui existe alors à la suppuration, et sur la manière dont celle-ci s'effectue. En effet, l'arachnitis ne se borne pas à la région qui a reçu le coup, mais la plupart du tems elle est gé-

nérale ainsi que nous venons de le voir dans l'observation précédente ; d'où résulte la contre indication du trépan, dans la seconde et dans la troisième périodes, époques où les signes d'épanchement partiel sont les plus prononcés, mais aussi où l'inflammation de l'arachnoïde ne peut en retirer aucun avantage : à plus forte raison, combien cette opération deviendra-t-elle illusoire, si le pus est étendu sur toute la séreuse, comme cela eut lieu dans le fait que nous venons de rapporter.

159. Nous remarquerons aussi que ce n'est particulièrement que dans la série des causes externes dont nous nous occupons actuellement, que l'on rencontre la phlegmasie de la dure-mère qui paraît, comme toutes les autres membranes de l'ordre des fibreuses auquel elle appartient, avoir besoin d'une excitation aussi violente pour déterminer le trouble de ses fonctions : d'où nous conclurons, que dans les affections céphaliques aiguës, tout nous porte à élaguer l'inflammation de cette membrane, et à reporter nos craintes sur l'arachnoïde, qui partage avec les autres séreuses une funeste vitalité.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis par insolation.

Un homme de quarante ans, très-adonné au vin, passe une journée entière à travailler à la moisson, exposé aux ardeurs d'un soleil brûlant. La nuit suivante, il se livre au repos après un repas frugal et il dort d'un sommeil profond et non interrompu : mais au point du jour, il est pris des symptômes suivans :

Invasion. Première Période. Céphalalgie violente ; abattement ; impossibilité de reprendre son travail ; larmes involontaires et abondantes ; tuméfaction et rougeur de la face ; propos incohérens ; mémoire vacillante ; extrémités froides.

Deuxième Période. Deuxième jour : délire frénétique ; fièvre. — Saignée du pied ; moyens antiphlogistiques. — Augmentation des accidens.

Troisième jour : vers la fin de la journée, convulsions ; tremblement des membres. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation de la dure-mère et de l'arachnoïde. 2°. Sinus de la dure-mère remplis d'un sang concret ; plexus choroïdes engorgés. 3°. Une petite quantité de sérosité dans les ventricules latéraux.

PINEL, *Nosographie philosophique*, t. II, p. 402.

160. Ce fait que nous empruntons au professeur Pinel, est un exemple bien frappant de l'action des rayons solaires sur le développement de l'arachnitis : nous en trouverons un semblable dans l'histoire de l'arachnitis spinale. Il serait difficile de trouver une marche plus rapide ; la première période dure à peine un jour, et la seconde se termine le troisième par la mort. Il est à regretter que l'observateur n'ait point donné de plus amples détails sur l'autopsie : il se borne à dire : *l'arachnoïde étoit enflammée*. Il est à présumer que cette membrane était seulement rouge sur la convexité des hémisphères ; c'est ce que l'on observe lorsque la violence de l'inflammation tue le sujet dans le cours de la deuxième période, avant l'apparition des symptômes de collapsus. Quant à la petite quantité de sérosité contenue dans les ventricules latéraux, nul signe ne pouvait l'annoncer pendant la vie. Si le malade avait résisté plus long-tems, on l'eût vu s'accroître progressivement et déterminer, conjointement avec les autres altérations de l'arachnoïde, la période comateuse qui termine, dans la plupart des cas, cette maladie.

161. Nous bornerons ici nos considérations sur ce qui a rapport aux causes externes, c'est-à-dire, celles qui exercent leur influence directement sur l'encéphale, par une remarque qui

vient confirmer la marche que nous avons suivie dans notre histoire générale, en n'établissant point d'espèces, comme l'ont fait quelques auteurs, relativement aux causes et aux phénomènes particuliers. En effet, les mêmes symptômes que nous avons vus exister dans l'arachnitis par contusion du crâne, nous les avons également observés dans l'arachnitis par insolation, et nous allons encore les retrouver dans toutes les autres, quelle que soit la cause interne qui les puisse produire ; tous ces symptômes se rallieront toujours à une lésion des appareils sensitif, locomoteur, digestif, etc.

§. II. *Causes internes appréciables.*

162. Les causes internes les plus faciles à saisir, sont celles qui dépendent de suppression de flux, de cessation d'inflammation ; ce sont celles que l'on peut admettre le plus volontiers, tout en montrant de la sévérité : ce sont les seules dont nous allons offrir quelques exemples, les autres ne présentant pas le degré de certitude que nous désirerions donner à la science médicale.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères. — Métastase d'érysipèle facial?

Un jeune homme de vingt ans, fut pris spontanément d'un érysipèle à la face : après avoir éprouvé tous les symptômes qui dépendent de cette phlegmasie, il s'expose imprudemment au froid, et l'érysipèle disparaît.

Tout-à-coup il est pris de céphalalgie à laquelle vient bientôt se joindre du délire, une agitation considérable et des mouvemens convulsifs dans les membres.

Troisième Période. Le deuxième jour : coma profond; convulsions; insensibilité et immobilité complète; *mouvemens désordonnés des lèvres et des yeux.* Cet état persiste le troisième jour. Le quatrième jour : un état de flaccidité des membres succède aux convulsions; il s'y joint une gêne extrême dans la respiration qui devient stertoreuse, et le malade succombe dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. La portion d'arachnoïde qui recouvre la face supérieure des hémisphères cérébraux, était couverte d'une fausse membrane jaune et opaque, très-épaisse vers le sinciput et vers les parties latérales et in-

férieures du cerveau. L'arachnoïde de la face supérieure du cervelet, présentait également des traces de fausses membranes.

2°. Une infiltration séreuse recouvrait toute l'arachnoïde, mais spécialement l'hémisphère gauche. — L'arachnoïde de la base était saine.

3°. La pie-mère était fortement injectée et rouge.

— La muqueuse de l'intestin grêle était d'une teinte rosée.

163. Cette observation est un exemple frappant de la rapidité avec laquelle la période de suppuration peut survenir. Cette tendance appartient aux phlegmasies métastatiques ; nous l'avons souvent observée dans celles de la séreuse céphalique, comme dans celles des diverses autres membranes du même ordre. Il nous semblerait ici plus qu'hypothétique de vouloir admettre l'existence de cette arachnitis, dans une époque antérieure à la disparition de l'érysipèle : dans ce cas, il faudrait supposer un état latent de cette inflammation, puisque ce ne fut qu'après la cessation de l'érysipèle que survinrent la céphalalgie, le délire et les convulsions, symptômes éminemment cérébraux et trop graves pour qu'on puisse penser qu'ils n'avaient point été observés avant ce tems. L'invasion a été bien brusque, il est vrai, mais la manière dont les

symptômes se sont succédés, nous porte à considérer cette arachnitis, comme métastatique de l'érysipèle facial, et à la citer comme une preuve de la possibilité des métastases.

164. Nous ferons remarquer l'agitation des yeux, qui ne s'accompagna point ici de l'inflammation de la base.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères. — Métastase d'érysipèle facial?

Un homme de 37 ans, d'un tempérament éminemment sanguin, avait eu au mois de mai 1817, un érysipèle facial avec différens symptômes bilieux : un traitement évacuant avait dissipé les accidens. Cependant le malade sortit de l'hôpital sans être complétement guéri.

Le 14 juillet, l'érysipèle reparut à la face ; le malade n'en continua pas moins à boire et à manger comme à l'ordinaire.

Les jours suivans l'érysipèle ayant disparu, cet homme tomba dans un état apoplectique, pour lequel on le conduisit à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 juillet.

Troisième période. 17 juillet : lividité de la partie de la face où avait existé l'érysipèle ; coma; *renversement de la tête en arrière ;* trismus ;

convulsions des membres; pouls petit et fréquent; respiration stertoreuse.

Saignée de six palettes ; deux heures après, saignée de trois palettes. — Sérum émétisé. — Nul soulagement.

Le soir, augmentation des symptômes ; cessation du trismus. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1° Toute la surface de l'arachnoïde qui tapisse les lobes antérieurs du cerveau, était recouverte d'une couche albumineuse assez épaisse, laquelle s'étendait jusqu'au milieu de la face supérieure des hémisphères, tandis que dans leur moitié postérieure, la séreuse était seulement d'un rouge vif, et sans aucune trace d'exsudation purulente.

Tous les viscères étaient sains.

165. Ce fait a beaucoup de rapport avec le précédent, il présente même encore plus de difficulté, sous le point de vue du véritable instant où l'arachnitis a débuté. Nous voyons un état apoplectique survenir à la suite de la disparition d'un érysipèle facial, et la mort avoir lieu le troisième jour. Le 14 juillet, jour de l'invasion de l'érysipèle, le malade but et mangea comme à l'ordinaire, d'où l'on doit conclure qu'il ne devait point être sous l'influence d'une arachnitis, à moins que l'on ne veuille regarder la fausse membrane démontrée par l'autopsie, comme le

résultat d'une ancienne phlegmasie , tandis que l'on attribuerait les derniers accidens à la rougeur de la partie postérieure des hémisphères, que l'on considérerait alors comme la suite de la suppression de l'érysipèle. Mais nous le répétons, dans l'arachnitis métastatique, la tendance à la suppuration est excessivement prononcée, et celle-ci s'établit avec la plus grande rapidité : d'ailleurs les symptômes offerts ne sont nullement en rapport avec une simple rougeur de la séreuse céphalique, et l'on est forcé de leur reconnaître pour cause, la présence des fausses membranes, bien plus conforme a ce que démontre l'observation. Du reste abandonnons ce point de discussion entièrement théorique, et tenons-nous en au fait, qui nous présente un appareil de symptômes cérébraux, éclatant spontanément à la suite d'une suppression d'érysipèle, et présentant à l'autopsie, une couche albumineuse sur l'arachnoïde. Quelle que soit l'époque de l'invasion de cette arachnitis, le premier symptôme sensible n'en a pas moins été un état comateux profond.

166. Le renversement de la tête en arrière, n'a point existé ici avec l'arachnitis de la protubérance ni avec celle de la base : ce ne sera point encore la dernière fois que la cause de ce symptôme nous échappera.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères et de la base, par suppression de menstrues.

Tissot, femme mariée, âgée de 27 ans, venant de faire plus de cent lieues à pied, éprouve le 6 octobre 1816, une frayeur très-vive. A l'instant même syncope ; cessation des menstrues qui coulaient abondamment, et développement d'une forte céphalalgie.

Première période. Le lendemain, frissons ; augmentation de la céphalalgie, après un repas copieux.

Le troisième jour : agitation ; délire léger et de courte durée.

Le quatrième jour : céphalalgie sus-orbitaire très-forte ; sentiment de lassitude dans les membres ; langue jaunâtre ; pouls fréquent. — Vingt-cinq grains d'ipécacuanha ; pédiluves irritans ; orge miel. — Une heure après le pédiluve, perte de connaissance ; mouvemens convulsifs.

Deuxième période. Le quatrième jour : nouvelle perte de connaissance ; continuation des mouvemens convulsifs qui sont plus *prononcés du côté droit* : trismus ; paupière droite abaissée, la gauche largement ouverte ; pupilles très-dilatées et insensibles à la lumière ; coloration de la

face ; respiration difficile. — Deux larges vésicatoires aux cuisses ; potion antispasmodique ; demi-lavement irritant. — A dix heures, augmentation des mouvemens convulsifs du côté droit ; *paralysie plus marquée à gauche*. A midi, la cuisse et la jambe gauche recouvrent le mouvement, mais le bras du même côté reste paralysé. — Quinze sangsues à la vulve, et quinze derri èrel e col.

Troisième période. Cinquième jour : état comateux ; paralysie incomplète du bras gauche ; pupille gauche immobile, peu dilatée, tandis que la droite l'est davantage ; strabisme en dedans de l'œil gauche ; paupière droite paralysée ; la gauche, au contraire, largement ouverte, roideur du col et des machoires. Le soir, flaccidité des membres ; déglutition difficile ; régurgitation ; chaleur vive de la peau ; pouls fort, fréquent et résistant. — Potion camphrée, extrait de quinquina ; demi lavement camphré.

Sixième jour : mort le matin.

Ouverture du cadavre. — 1°. Rougeur assez vive de toute l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères du cerveau ; dans tous ces points, elle était recouverte d'un pus épais, blanchâtre, qui pénétrait jusque dans l'interstice des circonvolutions cérébrales, et spécialement vers la partie antérieure et supérieure. A la base du

cerveau, vers l'entrecroisement des nerfs optiques, particulièrement à droite et vers la protubérance annulaire, le pus était accumulé et l'arachnoïde considérablement épaissie. Celle des ventricules était saine. — 2°. Le ventricule droit contenait une petite quantité de sérosité trouble.

Etat sain du cerveau et de tous les autres viscères. — Traces légéres de phlogose dans l'estomac.

167. La cause qui donna lieu à cette arachnitis est facile à saisir, c'est une suppression de menstrues qui est immédiatement suivie de céphalalgie. Dès la fin du troisième jour, la perte de connaissance et les mouvemens convulsifs viennent annoncer le commencement de la deuxième période, qui se trouve assez étroitement liée à la troisième, vu le siége où l'inflammation domine, la base. Les caractères de l'arachnitis de la convexité y sont également bien dessinés : le délire de la première période, se rapporte à celle-ci, tandis que le renversement de la tête en arrière, le strabisme, et surtout la forme comateuse, se rattachent à celle de la base. Ce dernier symptôme ne peut être attribué, ici, à la petite quantité de sérosité trouvée dans le ventricule droit, on est obligé de lui reconnaître une autre cause, la région de l'arachnoïde enflammée, la base du

lobe moyen, comme nous espérons le démontrer plus loin.

168. Si d'une part nous trouvons les convulsions plus prononcées à droite, et la paralysie existant à gauche, avec un peu plus de pus à droite qu'à gauche vers l'entrecroisement des nerfs optiques, nous n'en restons pas moins embarrassés pour expliquer la paralysie de la paupière droite, et la plus grande dilatation de la pupille de ce côté ; mais comme nous l'avons déjà dit, ces derniers symptômes sont trop fugaces pour qu'on doive y attacher une grande valeur.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères par cause puerpérale. — Hydropisie des ventricules.

Madame D., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament très-nerveux, éprouve des contrariétés de différens genres, et accouche à terme d'un enfant difforme qui meurt au passage. Pendant les six premiers jours, la fièvre s'établit avec redoublement le soir, les seins se gonflent et se détuméfient successivement ; les lochies coulent bien pendant tout ce tems ; céphalalgie ; amertume de la bouche ; sensibilité à l'épigastre ; vomissemens bilieux. — Chicorée oximel.

Huitième, neuvième, dixième jour : cessation

des lochies. Deux émétiques déterminent des évacuations abondantes par haut et par bas; l'épigastralgie diminue, mais la fièvre et les autres symptômes subsistent.

Onzième, douzième, treizième jour : sifflement continuel des oreilles; illusions de l'ouïe; insomnie; agitation toutes les nuits; frissons dans la journée; nauzées; vomissemens bilieux.

Quatorzième jour : vomissemens; erreurs de vision; difficulté de fixer ses idées; absences et distractions continuelles.

Quinzième jour : après un vomitif, véritable délire; soubresauts des tendons; fièvre; chaleur sèche. Un vésicatoire amène un peu de mieux; nuit extrêmement agitée; les lochies reparaissent en rouge.

Seizième et dix-septième jour : le délire persiste, mais il n'est pas continuel, c'est plutôt une sorte de distraction passagère; pouls fort, fréquent; chaleur élevée. — Vésicatoires. — Agitation extrême toutes les nuits.

Dix-huitième jour : réponses justes, mais distractions continuelles; illusions d'optique.

Le soir, état comateux; respiration stertoreuse; écume à la bouche. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation très-étendue de toute l'arachnoïde de la partie supérieure des hémisphères cérébraux et spécialement

du droit qui est recouvert d'une plus grande quantité de pus et de flocons albumineux

2°. Infiltration séroso-gélatineuse de la pie-mère.

3°. Sérosité sanguinolente très-abondante dans les ventricules latéraux et à la base du crâne.

— Intégrité parfaite des viscères de l'abdomen, de l'utérus et de ses annexes. Très-peu de sérosité dans les cavités du thorax.

169. C'est encore à une suppression qu'il faut attribuer cette arachnitis, dont la première période se trouve faiblement dessinée. Les vomissemens doivent être regardés comme dépendans de l'affection cérébrale, le tube digestif ayant été trouvé sain à l'autopsie. La forme du trouble intellectuel qui a consisté en distractions, en erreurs de sensation, est un genre particulier de délire dont nous trouvons la cause dans l'inflammation de l'arachnoïde de la convexité. Nous remarquerons l'état comateux qui ne survint que le jour de la mort, et qui forme ici, une tranchante opposition avec la durée de ce même état chez la malade précédente, chez la femme Tissot qui nous présenta, outre l'arachnitis de la convexité, une phlegmasie encore plus considérable de celle de la base. Mais n'anticipons point, sur ce que nous avons à dire sur les siéges divers de ces inflammations, et revenons à notre

malade. L'épanchement abondant dans les ventricules et à la base du crâne, ne s'accompagna qu'un seul jour de symptômes de collapsus : nous ne pensons pas que cette hydropisie n'ait existé que de ce seul jour, et que ce soit à elle que l'on doive en général, attribuer le coma, qui peut, comme dans le fait précédent, se rencontrer avec quelques gouttes seulement de sérosité dans les ventricules.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères par hydrophobie. — Hydropisie des ventricules.

Une servante, âgée de quarante-cinq ans, est mordue par un chien malade qui lui fait une légère blessure à la main; elle n'y porte point attention, la plaie se cicatrise, et pendant douze jours cette fille jouit de la meilleure santé et se livre à tous ses travaux ordinaires.

Première période. — Douze jours après l'accident, son moral change, elle éprouve du malaise, de l'inquiétude, de la douleur et des pesanteurs de tête; le sommeil devient agité; un sentiment de constriction se fait ressentir à la gorge; il s'y joint de la chaleur et de l'ardeur dans cette région; les machoires se resserrent d'une manière spasmodique. Ces accidens persis-

tent pendant huit jours au même degré, en présentant fréquemment des intervalles lucides fort courts, pendant lesquels la malade peut avaler des alimens solides et même quelques liquides, mais en bien petite quantité.

Seconde période. — Le huitième jour de l'invasion, tous les symptômes relatés ci-dessus prennent un grand degré d'intensité; la face s'altère d'une manière horrible, les yeux deviennent hagards, vifs et brillants, des présages sinistres viennent épouvanter la malade qui se croit environnée de fantômes; la bouche se dessèche, la déglutition devient de plus en plus difficile et enfin impossible; la malade fait des efforts continuels pour cracher, elle entre de tems en tems dans des accès de fureur, crie, s'agite, vocifère, puis retombe dans un état d'affaissement extrême et perd connaissance; enfin la bouche se remplit d'écume visqueuse, et la mort arrive d'une manière calme et paisible.

Ouverture du cadavre. — 1°. Arachnoïde épaissie et très-rouge dans plusieurs points de la face supérieure des hémisphères.

2°. Pie-mère gorgée de sang et de sérosité.

3°. Trois onces de sérosité dans les ventricules latéraux; quantité assez abondante à la base du crâne et dans le canal vertébral. — Pulpe cérébrale plus molle que dans l'état naturel.

Rougeur trés-vive de la muqueuse intestinale qui était épaissie dans une grande portion de son étendue.

(*Observation communiquée par M. Recamier*).

170. Sans vouloir attribuer à la seule phlegmasie de l'arachnoïde, les symptômes cérébraux présentés par cette malade, qu'il nous soit permis d'observer que les résultats de l'autopsie sont trop en rapport avec la plupart d'entr'eux, pour qu'on puisse se refuser à leur attribuer du moins la forme qu'a prise la maladie. La rougeur de l'arachnoïde s'accorde parfaitement avec l'agitation et le véritable délire qui en ont été les principaux caractères. Le calme ou pour mieux dire le coma qui précéda la mort, ne parait-il pas ici, l'effet nécessaire de l'abondante sérosité épanchée dans les ventricules. Cependant loin de nous de penser, que l'hydrophobie n'ait point prêté à l'arachnitis une partie des phénomènes observés, loin de nous également de regarder cette dernière, comme la seule cause qui a frappé de mort cette malheureuse; mais nous sommes portés à croire, que la forme particulière que peut prendre la rage, la forme délirante, tétanique, etc., tient souvent à la complication arachnitique; plusieurs hydrophobes que nous avons eu occasion d'observer, nous permettent d'avancer cette opinion.

Quant à l'action réelle de la cause rabicique comme pouvant développer l'arachnitis, elle nous semble assez prouvée pour que nous ne nous y arrêtions pas davantage.

§. III. *Causes internes non appréciables, ou complétement fugaces.*

171. Les causes susceptibles de jeter quelque jour sur le diagnostic de l'arachnitis venant d'être examinées, nous allons passer actuellement à l'étude de celles qui nous échappent; la connaissance des caractères arachnitiques, que nous avons acquise par les faits précédens, va nous mettre à même de distinguer les phénomènes propres à la phlegmasie de la séreuse céphalique, avec autant de certitude que s'il existait une cause bien sensible.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Crozinet, âgé de trente mois, était indisposé depuis deux mois, lorsque sans cause connue, cette indisposition s'aggrava tout à coup et prit une marche aiguë, se caractérisant par des vomissemens répétés, des cris jour et nuit, des convulsions du globe des yeux et des muscles du thaxor:

ces symptômes s'accompagnèrent d'une grande dilatation des pupilles, de leur insensibilité à la lumière et d'un sentiment de compression dans la tête. Pendant huit jours que dura cet état, on mit le malade à l'usage des amers, du quinquina, du vin antiscorbutique et des frictions camphrées.

Le Neuvième jour : tête renversée en arrière ; globe de l'œil se dirigeant en haut ; cornée terne ; pupilles dilatées ; pouls petit, fréquent ; selles involontaires ; respiration accélérée.

— Vésicatoire sur le devant de la tête ; sinapismes aux pieds ; frictions mercurielles. Le soir augmentation des symptômes décrits. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation très-intense de toute la portion de l'arachnoïde qui recouvre la base du cerveau.

2°. Sérosité très-abondante dans les ventricules. (*Observation recueillie par M. Thibault.*)

172. La seule cause présumable est ici l'âge du sujet ; en effet, l'excessive activité de l'encéphale à cette époque de la vie, peut très-bien développer une irritabilité telle dans cette organe, que l'inflammation de l'arachnoïde puisse en être la suite. La vive sensibilité de l'enfance l'a rend plus propre aux convulsions que l'on y observe aussi plus fréquemment. Mais une des

grandes difficultés, attachée à la connaissance du véritable diagnostic de l'arachnitis chez les enfans, c'est l'impossibilité où ils sont, de rendre compte de leurs sensations ; aussi faut il un œil très-exercé, pour reconnaître la céphalalgie, aux cris qui en sont ordinairement l'expression, ainsi qu'aux mouvemens automatiques qui leur font porter la main vers la tête.

Nous ne voulons point ici nous arrêter sur les caractères de l'arachnitis de la base, tels que l'agitation du globe de l'œil, le renversement de la tête en arrière et tous les autres symptômes offerts par ce sujet, puisque nous allons l'examiner à fond dans la section suivante.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères cérébraux. — Sérosité abondante dans le canal vertébral.

Manceau, âgé de vingt-huit ans, fortement constitué, entra à l'Hôtel-Dieu le ving-six juin 1819. Depuis dix jours, il éprouvait un violent mal de tête, qui avait toujours été en augmentant : depuis quelques jours il était survenu du dévoiement. L'état dans lequel il était ne lui permettait de donner aucun renseignement ; voici ce que l'on observa.

Deuxième période. — Dixième jour présumé:

Etat de stupeur continuelle, dont on ne peut le tirer qu'avec peine; lorsque l'on obtenait quelques réponses justes, il se plaignait de souffrir de la tête ; le plus souvent il divaguait ou ne répondait pas. La face était animée, les yeux fermés, les pupilles contractées.

La sensibilité de la vue était telle, que le malade s'agitait fortement et poussait des cris aussitôt que l'on entr'ouvrait les paupières. Agitation des membres qui sont dans un état de régidité ; soubresauts des tendons; langue sèche et rouge à sa pointe, noirâtre à sa base ; dents fuligineuse ; expression de souffrance de la face, lorsque l'on comprime le ventre ; dévoiement ; peau brûlante ; pouls plein, fréquent et dur ; respiration haute et suspirieuse ; poitrine sonore.

— Eau de gomme ; sinapismes aux pieds ; vingt sangsues sur le ventre; fomentations émollientes.

Onzième jour : point de changement; même état.

Douzième jour : augmentation des symptômes.

Troisième période. — Treizième jour : coma continuel ; roideur tétanique des muscles du col ; éruptions de phlyctènes sur les mains, les jambes et les parties qui supportent le poids du corps, avec aspect gangreneux. — Saignée du pied. Cependant les symptômes décrits conservent toute leur intensité ; un délire tranquille s'établit;

les pupilles cessent d'être contractées et sensibles à la lumière ; la cornée se couvre d'une couche muqueuse épaisse ; les membres conservent de la roideur; et le malade expire la nuit, en poussant des cris.

Ouverture du cadavre. — Les membres sont roides ; phlyctènes gangreneuses sur les parties indiquées. — Dure-mère saine ; sinus contenant peu de sang.

1°. L'arachnoïde qui revêt les hémisphères cérébraux était opaque, rugueuse au toucher, épaissie et plus résistante que dans l'état naturel. Dans quelques points elle était rouge, fortement injectée ; cette couleur ne disparaissait ni par les lotions, ni en la ratissant avec le bistouri. L'arachnoïde qui recouvre le cervelet était encore plus enflammée ; elle contenait dans ses mailles beaucoup de sérosité blanchâtre ; elle était très-épaissie. Il s'échappa une assez grande quantité de sérosité blanchâtre du canal rachidien qui ne fut pas examiné.

2°. La séreuse des ventricules latéraux était rouge et parassait enflammée : elle ne contenait que peu de sérosité. — Cerveau et cervelet sains, mais sablés de sang.

— Organes thoraciques sains. — Simple rougeur peu vive de la muqueuse gastro-intestinale qui était un peu épaissie.

173. Dans cette observation, la cause nous échappe encore, mais les caractères de l'arachnitis sont si bien dessinés, qu'il n'est pas possible de se méprendre sur la nature de la maladie. Une violente céphalalgie l'annonce, le délire, l'agitation des membres, la rigidité du col, suffisent pour l'établir, et le coma de la troisième période vient compléter le tableau. La stupeur tenait en partie à l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale qui fut trouvée rougeâtre; la rougeur, la sécheresse de la langue et l'état fuligineux des dents en étaient totalement dépendans. La sérosité blanchâtre qui s'échappa abondamment du canal vertébral, dénote que l'arachnoïde du commencement de la moëlle épinière, avait pris part à l'irritation, et motive la roideur du col et peut être bien celle des membres. Nous n'osons pas regarder la rougeur des ventricules, comme ayant eu une influence bien directe sur les symptômes observés, cette rougeur étant un peu vague: l'arachnitis de la convexité du cerveau et surtout celle du cervelet qui était encore plus prononcée, sont plus que suffisantes pour en rendre un compte satisfaisant.

SECTION II.

Siége.

174. Chaque portion de l'arachnoïde enflammée

manifeste son existence par des signes particuliers. Jusqu'à ce jour, l'on n'avait point encore déterminé ces diverses régions; l'on n'avait point exposé les caractères propres à chacune d'elles et les moyens de les reconnaître sur le vivant. C'est ici que nous allons essayer de faire disparaître cette lacune, et que nous allons traiter avec toute l'extension que nécessite l'intérêt du sujet, une question que nous n'avons pu couler à fond dans notre histoire générale.

175. Nous avons déjà prouvé que l'arachnitis affecte des siéges différens, selon l'âge de l'individu qui en est atteint; que l'inflammation de la convexité appartient spécialement aux adultes et aux jeunes gens, tandis que celle de la base est presque la seule à laquelle l'enfance soit exposée (1). Nous avons démontré dans le même article, que l'épanchement séreux est d'autant plus fréquent et abondant, que l'inflammation se rapproche davantage de la base, d'où l'on conçoit facilement l'existence constante de l'hydropisie des ventricules dans l'arachnitis des enfans. Nous avons également reconnu que chez les adultes, la phlegmasie de l'arachnoïde ne se bornait pas comme chez les enfans à la seule région qu'elle affectait de préférence, mais qu'elle s'étendait

(1) Voyez le septième tableau.

souvent à celle de la base, d'où la combinaison des divers symptômes qui caractérisent chacune de ces régions, et la plus grande difficulté du diagnostic dans ces cas. Ce ne sera point par des faits choisis *ad hoc*, que nous allons prouver ces diverses propositions, mais bien par des faits que chacun peut avoir observés comme nous. Que chaque praticien veuille bien se reporter, pour un moment, sur ce qu'il a pu voir, il s'assurera de la vérité de ce que nous avançons. Mais il est un point que nous nous sommes envain efforcés d'éclaircir; nous voulons parler de la cause en vertu de laquelle l'arachnoïde de la base s'enflamme de préférence à toute autre région, dans l'enfance, tandis que l'arachnitis de la convexité se montre davantage dans un âge plus avancé.

Donnons d'abord une idée de ce que nous entendons par convexité et par base, car ces expressions ne sont pas restreintes pour nous, à la seule acception du mot, les nommant ainsi par abbréviation.

176. Sous le nom d'arachnoïde *de la convexité*, nous comprenons toute la portion de cette membrane qui recouvre la périphérie du cerveau, n'exceptant que la partie de cet organe qui se trouve logée dans la fosse moyenne de la base du crâne. Ainsi lorsque nous disons *arachnitis de la convexité*, nous n'entendons pas la seule phleg-

masie de la face supérieure des hémisphères, mais bien celle de cette région, ou celle des parties latérales, ou celle de la base du lobe antérieur ou postérieur, ou celle enfin qui tapisse les faces postérieure et supérieure du cervelet : toutes ces différentes régions sont comprises sous le nom de *convexité*, qu'elles soient enflammées simultanément, qu'elles le soient séparément.

177. Par arachnoïde *de la base*, nous entendons la portion de cette membrane, qui revêt la partie centrale du lobe moyen du cerveau, laquelle se trouve située dans le centre de la fosse moyenne de la base du crâne ; celle en un mot, qui tapisse l'entrecroisement des nerfs optiques, la protubérance annulaire et ses prolongemens postérieurs.

§. Ier. *Arachnitis de la convexité.*

178. Lorsque l'inflammation a son siége sur les faces supérieure, latérales, antérieure ou postérieure du cerveau ou du cervelet, un trouble plus ou moins sensible mais toujours évident, se fait apercevoir du côté des facultés intellectuelles. Ce trouble, ou autrement dit ce délire, est en rapport avec le degré d'exaltation ou de réaction du malade, de sorte qu'il peut être exprimé par des cris, des vociférations, de même qu'il peut ne consister qu'en une loqua-

cité, une légère incohérence des idées, un changement dans le caractère, une difficulté, un embarras d'exprimer sa pensée, etc. (48) Le délire diminue d'intensité, à mesure que le cerveau lui-même diminue d'énergie, à mesure qu'il perd le pouvoir de réagir, jusqu'au point où cet organe tombant dans une inactivité plus ou moins absolue, de même que cela s'observe dans la deuxième et la troisième période de l'arachnitis de la base, tout acte intellectuel devient alors impossible, et le délire cesse naturellement.

179. Dans cette espèce d'arachnitis, l'agitation générale ou seulement locale est ordinairement en rapport avec l'intensité du trouble intellectuel; le coma n'a lieu qu'à la troisième période, et ne compte que trois ou quatre jours au plus de durée; il est immédiatement suivi de la mort. Le coma est d'un pronostic d'autant plus fâcheux, qu'il annonce le plus souvent l'épanchement consécutif, séreux ou purulent, en même tems qu'il indique l'état de collapsus du cerveau, collapsus qui est d'autant plus marqué, que la période du délire, de réaction a été elle-même plus fortement prononcée. Lorsque le sujet succombe dans cette dernière période, dans la seconde, ce qui n'est pas rare, l'on ne trouve à l'autopsie qu'une simple rougeur de l'arachnoïde et très-peu de sérosité dans les ventricules, ce que l'on

n'observe jamais dans l'arachnitis de la base où l'épanchement séreux est constant. Enfin cette arachnitis excessivement rare dans le premier septénaire de la vie et même dans le second, est l'apanage exclusif des âges subséquens.

Tels sont les principaux phénomènes qui distinguent l'inflammation de l'arachnoïde de la convexité et auxquels on peut la reconnaître ; mais nous le répétons, c'est le délire qui en forme le caractère, c'est sur lui que doit particulièrement se fonder le diagnostic. Il nous suffira de citer quelques observations pour démontrer cette vérité qui sera rendue bien plus frappante, si l'on jette les yeux sur tous les autres faits d'arachnitis de la convexité placés dans cet ouvrage, et surtout si on les rapproche de ceux qui se trouvent à l'article *base*.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère gauche. — Exhalation séreuse abondante de toute la surface de l'arachnoïde. — Petite quantité dans les ventricules.

Deuxième période. — Le 7 mars 1814, on apporte à l'hôpital Saint-Louis un hussard alsacien entièrement privé de connaissance : à l'exception du délire qui était violent, les autres symptômes

ne présentaient pas une grande intensité ; la face était légèrement animée, les yeux assez rouges, sans être saillans, la langue nette, la respiration libre, le pouls peu fréquent ; cependant l'artère avait une sorte de roideur qui la faisait résister à la pression du doigt; l'agitation était très-sensible, mais les mouvemens des membres n'avaient rien de brusque ; le délire était caractérisé par de la loquacité, sans aucune espèce d'emportement furieux.

Le 8 au matin, le malade commença à chanter, ce qu'il fit toute la journée ; dès qu'on l'interrogeait, il se taisait aussitôt. Les autres symptômes prirent un caractère plus aigu dans la soirée ; les yeux devinrent plus rouges ainsi que la face, la langue se couvrit d'un enduit brunâtre à la partie moyenne, elle se sécha ; la respiration devint plus fréquente et comme entrecoupée ; le pouls battait soixante-quatorze pulsations par minute, il était fort et vibrant ; le décubitus était extrêmement variable, le malade changeait à chaque instant de position. — Petite saignée à la jugulaire ; glace sur la tête ; pédiluves. — Nuit très-agitée.

Le 9 : le délire persistait, mais il n'avait plus le même caractère ; la langue était brunâtre et aride ; les dents sèches, les yeux injectés, supportant difficilement la lumière ; déglutition très-

difficile ; constipation opiniâtre ; urines abondantes ; point de changement dans le pouls.

Glace sur la tête ; sinapismes aux pieds ; lavement laxatif.

Troisième période. — Le 10, les symptômes deviennent plus alarmans ; depuis la veille au soir, le malade était dans une sorte d'assoupissement ; la face était pâle, les yeux ternes et comme enfoncés dans les orbites ; la langue sèche et immobile ; la respiration entrecoupée par des hoquets ; carphologie ; pouls faible, facile à déprimer ; extrémités couvertes d'une sueur visqueuse. — Vésicatoires aux jambes ; vingt-quatre grains de camphre dans une potion.

Le 11 : coma profond ; respiration courte et stertoreuse ; pouls faible et intermittent ; extrémités froides et livides. Les symptômes se prolongent jusqu'au moment de la mort qui arrive le lendemain 12, malgré l'emploi d'un vésicatoire à la nuque.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation de l'arachnoïde qui recouvre l'hémisphère gauche du cerveau ainsi que la partie postérieure. Les vaisseaux de cette membrane étaient injectés, et elle-même était considérablement épaissie.

2°. Une sorte d'épanchement séreux baignait la surface intérieure; il se trouvait plus particulièrement accumulé vers la base du crâne.

3°. Les ventricules latéraux contenaient à peine une petite cuillerée de liquide.

4°. La pie-mère était légèrement infiltrée de sérosité. La substance cérébrale était ramollie et comme imbibée de sérosité. Celle du cervelet offrait la même disposition.

Le poumon gauche était rempli d'une foule de petits grains transparens. — La rate avait un volume double de celui qu'elle a ordinairement. — Les autres viscères étaient sains.

(*Dr. Biett. Dissert.*)

180. La première période n'a point été observée, et c'est dans le cours de la deuxième seulement que ce malade fut conduit à l'hôpital. Néanmoins les phénomènes qui existaient alors, portaient assez bien les caractères de l'arachnitis, pour qu'on pût reconnaître cette phlegmasie et même le siége de la région affectée. En effet, si l'agitation des membres, la rougeur de la face et des yeux, l'irritabilité de la vue, la dureté du pouls, la constipation dénotaient une arachnitis, le délire spécifiait la convexité des hémisphères, ce que le coma de la troisième période vient confirmer; ce dernier symptôme reconnaît, comme nous l'avons déjà dit, deux causes qui agissent concurremment, l'exhalation de la séreuse, plus abondante à cette époque de la maladie, et le

collapsus dans lequel tombe l'encéphale, résultat de la forte excitation éprouvée par ce dernier.

181. Quoique l'arachnitis ait dominé sur l'hémisphère gauche, nous ne retrouvons point de symptômes partiels qui aient pu, durant la vie du malade, faire soupçonner son existence. Ceci rentre dans ce que nous avons déjà eu occasion d'avancer sur l'inconstance des lésions partielles de l'appareil locomoteur, et que nous examinerons plus tard avec quelque détail.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères. — Hydropisie des ventricules latéraux. — Forme passive.

Jean Madole, âgé de vingt-cinq ans, porteur d'eau, fut pris de mal de tête et de fièvre le 11 mars 1811. Dès ce jour il quitta son travail et se mit au lit.

Première période. — Il eut des frissons toute la journée; les symptômes augmentèrent jusqu'au 20; il survint des envies de vomir.

Le 20 mars : accablement; céphalalgie violente; face rouge; bouche mauvaise; langue nette; épigastre sensible à la pression, depuis le matin seulement; pouls lent.

21. Mêmes symptômes. — Saignée; limonade.

22. Diminution de la céphalalgie ; bouche pâteuse ; langue un peu chargée. — Même boisson; lavement camphré.

23. Même état. Traitement ; *id.* Une pilule de camphre.

24. A la céphalalgie, qui jusque maintenant avait été fixée à l'occipital, s'en joint une vers la région frontale ; même état du reste. — Traitement. *id.* — La nuit, délire.

Deuxième période. — 25. Même état ; léger délire. — Traitement. *id.*

26. Accablement ; langue naturelle ; pouls moins rare et moins résistant que les jours précédens. — Quatre sangsues de chaque côté du col; petit-lait ; lavemens émolliens.

27. Incohérence dans les idées ; point d'agitation ; accablement ; pouls naturel. — Petit-lait ; lavemens.

28. Retour du délire ; agitation des bras. — Vésicatoires aux jambes. — Le soir, état d'affaissement ; immobilité. — Traitement. *id.*

Troisième période. — 29. Decubitus en supination ; immobilité complète des membres avec affaissement général ; nulle accélération de la respiration. — Traitement. *id.* Vésicatoire.

30. Yeux ouverts ; loquacité ; rougeur violacée de la face ; *pouls très-fréquent* ; cent-cinquante pulsations par minute. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères était dans presque toute son étendue d'un rouge très-foncé, mais sans épaississement bien sensible. Le feuillet qui tapisse la face interne de la dure-mère était également rouge vers les régions correspondantes.

2°. Chaque ventricule latéral contenait trois onces de sérosité. — Le cerveau et les différens viscères étaient sains.

182. Ce fait ne diffère du précédent, qu'en ce que l'arachnoïde était enflammée dans presque toute l'étendue de la surface supérieure des hémisphères cérébraux, tandis que dans l'autre elle était particulièrement bornée à l'hémisphère gauche; mais les phénomènes sont absolument les mêmes. La première période est caractérisée par de la céphalalgie, elle est d'assez longue durée, et huit jours se passent sans qu'on voie apparaître de nouveaux symptômes. A cette époque, la céphalalgie augmente considérablement, et six jours après seulement, la seconde période s'annonce par le délire auquel vient bientôt se joindre l'agitation. Peut-être même, est-il possible que l'arachnitis n'ait débuté que le 20 mars, ce qui mettrait le délire dans la nuit du cinquième jour et la mort le dixième, et serait aussi beaucoup plus conforme avec les résultats offerts par l'autopsie, avec la rougeur de l'arachnoïde, ca-

ractère constant du degré d'acuité de la maladie. L'affaissement graduel et le coma consécutif s'expliquent fort bien par la quantité de sérosité trouvée dans les ventricules.

Quant à la rareté du pouls pendant tout le cours de la première et de la deuxième périodes, nous ne pouvons encore lui reconnaître de cause satisfaisante, quoique nous ayons eu plusieurs fois occasion de la rencontrer.

TRENTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère gauche.— Sérosité dans les ventricules latéraux.

Amelin, voltigeur, âgé de vingt-un ans, ayant la peau blanche, les cheveux blonds, les formes un peu arrondies, fut conduit à l'hôpital Saint-Louis le 14 février au soir. Il avait supporté pendant plusieurs mois les fatigues de la guerre ; mais bientôt épuisé par des privations cruelles, des marches pénibles et des bivouacs journaliers sur un terrain couvert de neige, il fut contraint d'entrer à l'hôpital de Montmirail, d'où il fut dirigé sur Paris.

Première période. — A son arrivée à l'hôpital Saint-Louis, il souffrait depuis trois jours d'une céphalalgie atroce qui s'exaspérait au plus léger mouvement. Il avait éprouvé en outre des fris-

sons irréguliers et des bouffées de chaleur vers la tête, des tremblemens dans les membres, une lassitude générale, du dégoût et des nausées.

Deuxième période. — Cinquième jour : la céphalalgie était devenue presqu'intolérable ; elle occupait spécialement la partie antérieure et latérale gauche de la tête ; le visage était animé, les yeux rouges, brillans et irritables ; la langue était sèche et blanchâtre ; le pouls dur et fréquent ; la respiration rare et profonde ; la peau aride et brûlante ; les membres étaient agités de mouvemens continuels ; il y avait un désordre très-marqué dans les idées ; cependant lorsqu'on interrogeait le malade, il répondait avec assez d'exactitude, mais d'une manière sèche et brève. — Douze sangsues au col ; émulsion nitrée ; pédiluves irritans ; lavemens. — Dans la journée le délire étant devenu plus fort, on pratiqua vers le soir une saignée du pied qui fut suivie d'un peu de calme.

Sixième jour : nuit agitée ; vers deux heures du matin, retour du délire ; vociférations ; agitation ; coloration des pommettes ; yeux saillans, hagards et baignés de larmes ; exaltation de l'ouïe ; mouvemens convulsifs des muscles de la face ; langue blanche et nette ; déglutition bruyante et pénible ; respiration profonde et mêlée de sanglots ; pouls tendu et vibrant ; agitation conti-

nuelle des membres ; carphologie. — Nouvelle saignée du pied ; sinapismes aux cuisses ; un grain d'émétique en lavage ; glace sur la tête.

Troisième période. — Septième jour : immobilité des membres ; délire taciturne et mêlé de cris sourds et inarticulés ; yeux ternes ; face colorée ; agitation des yeux de haut en bas ; tête renversée en arrière ; langue sèche et brûlante ; déglutition presqu'impossible ; selles et urines involontaires ; pouls faible et déprimé ; respiration convulsive ; décubitus en supination. — Vésicatoires aux cuisses ; potion avec demi-gros de camphre. — Le coma devient plus profond, et la mort arrive dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde qui recouvre la partie antérieure et latérale de l'hémisphère gauche, était rouge, enflammée et manifestement épaissie : cette inflammation avait également lieu sur la face interne de cet hémisphère : une exhalation séroso-purulente était répandue sur tous les points enflammés. Le feuillet qui tapisse la dure-mère offrait aussi une teinte rouge ce qui prouvait qu'il avait participé à la phlegmasie.

2°. Les ventricules latéraux contenaient environ deux onces d'un liquide jaunâtre et transparent. — Les sinus et les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang ; ce viscère était sain ainsi que le cervelet et la moëlle allongée.

— Les organes de la poitrine étaient dans l'état naturel ; il en était de même de ceux qui sont contenus dans l'abdomen.

(*Dr. Biett. Dissert.*)

183. Les trois périodes que nous avons distinguées à l'arachnitis, sont on ne peut mieux dessinées dans ce fait que nous avons extrait de la dissertation de M. Biett. La première période qui dure quatre jours est spécialement caractérisée par une céphalalgie des plus vives. La seconde période de moins de durée, commence le cinquième jour, a pour principaux symptômes le délire et l'agitation générale. La troisième enfin, consiste en un véritable coma qui ne dure que vingt-quatre heures et s'accompagne de divers phénomènes qui n'appartiennent pas ordinairement à l'inflammation de la convexité : ces phénomènes sont les mouvemens du globe de l'œil, et le renversement de la tête en arrière. Nous pouvons regarder les deux onces de sérosité épanchée dans les ventricules latéraux, comme la cause qui a peut-être pu les produire ; mais cependant nous sommes obligés d'attacher peu d'importance à cette opinion, ayant déjà fréquemment rencontré cette hydropisie sans les symptômes ci-mentionnés. Nous noterons encore l'arachnitis, bornée à un seul hémisphère et n'ayant cependant pas offert des symptômes également bornés à une seule partie du corps.

TRENTE-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères du cerveau. — Sérosité dans les ventricules et dans le canal vertébral.

Une femme de soixante-neuf ans, est prise assez brusquement, le 10 août 1806, de mouvemens involontaires des membres : le 13, conduite à l'Hôtel-Dieu, elle était dans l'état suivant.

Deuxième période. — Le quatrième jour : agitation continuelle des membres supérieurs et inférieurs ; regard assuré et hardi ; parole brève ; réponses par fois inexactes ; langue sèche ; pouls peu fréquent. — Sangsues au col ; vésicatoire à la nuque ; limonade vineuse.

Le cinquième jour : propos brusques, souvent incohérens ; délire ; continuation de l'agitation ; on est obligé de lui mettre la camisole. — Boisson *id.* Lavement avec camphre et quinquina.

Le sixième, septième, huitième jour : même état, point de changement.

Le neuvième jour : propension à l'assoupissement ; roideur du col, des machoires et du tronc ; la malade répond encore, mais souvent avec inexactitude ; langue sèche, fuligineuse ; déglutition difficile ; pouls fréquent et très-irrégulier. — Vésicatoires aux jambes ; sinapismes aux pieds.

Troisième période.—Le dixième jour : augmentation des symptômes comateux; encore un peu de roideur dans les membres et le tronc ; sens presque complétement abolis ; pouls fréquent, irrégulier. — Mélisse, limonade; julep tonique avec extrait de quinquina.

Le onzième jour : état carotique; encore un peu de roideur des membres; elle paraît encore entendre ; évacuations bilieuses involontaires ; pouls irrégulier. Mort le soir.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde qui tapisse la face supérieure des hémisphères cérébraux était opaque, laiteuse, épaissie, ayant une consistance plus développée que dans l'état naturel. De plus, elle était infiltrée de sérosité.

2°. Plusieurs cuillerées du même liquide étaient épanchées dans les ventricules latéraux et à la base du crâne.

8°. Il en existait une quantité égale dans le canal vertébral.

4°. La pie-mère était fortement injectée.

— Ossification de l'aorte, des carotides internes et du tronc basilaire des vertébrales. — Une petite partie du poumon gauche était carnifiée en arrière ; viscères abdominaux sains.

Observation communiquée par M. Récamier.

184. C'est la première fois que nous voyons l'arachnitis débuter par une agitation des mem-

bres, agitation qui avait beaucoup de rapport avec la danse Saint-Guy. Aussi pensons nous, que l'irritation de la membrane du rachis, dont l'exhalation séreuse trouvée dans le canal vertébral doit être regardée comme l'effet, a été pour beaucoup dans la forme spasmodique de cette maladie ; la roideur du tronc et des membres qui survint ensuite, donne encore plus de poids à cette opinion. L'infiltration générale de l'arachnoïde, le liquide ramassé à la base du crâne et dans les ventricules, expliquent la prédominance du coma sur le délire qui exista cependant d'une manière très-sensible et fut caractérisé par le ton brusque de la malade, et par l'incohérence des idées. Si nous ne trouvons pas ici la céphalalgie, nous devons l'attribuer à l'impossibilité où la malade se trouvait de rendre compte de son état, et à l'ignorance où l'on fut de la première période dont les symptômes n'ont pu être observés par les gens qui l'entouraient.

L'observation suivante va nous présenter le délire mieux caractérisé et la céphalalgie existant à un haut degré.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère droit du cerveau. — Épanchement seroso-purulent entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Première période. — Le 25 mars 1814, on

conduisit à l'hôpital Saint-Louis un jeune conscrit breton qui depuis la veille éprouvait une céphalalgie si violente, qu'il ne pouvait se tenir debout ou se livrer au moindre mouvement, sans que la douleur ne fût exaspérée à un point insupportable. Ce jeune homme était venu du fond de la Bretagne, à marche forcée, et depuis son arrivée à la caserne, il était triste, silencieux, et en proie à un violent chagrin. On ne put obtenir aucun renseignement sur les circonstances qui avaient précédé.

Deuxième période. — Le vingt-six : céphalalgie très-vive, fixée à la partie latérale droite et antérieure de la tête ; propos vagues et incohérens ; agitation des membres ; face rouge, animée ; yeux saillans, injectés ; regard fixe ; lèvres sèches ; langue aride, blanchâtre ; chaleur de la peau ; pouls roide, accéléré ; respiration libre mais haute et rare. — Limonade végétale ; pédiluves irritans ; seize sangsues aux tempes. — Nuit agitée ; loquacité.

Le vingt-sept : délire ; chants toute la journée malgré une saignée abondante. — Application de glace sur la tête ; Pédiluves sinapisés. — Délire toute la nuit.

Le Vingt-huit : face animée et comme tuméfiée ; yeux hagards ; larmes abondantes et involontaires ; carphologie ; mouvemens continuels

de la machoire inférieure, assez semblables à ceux qui résultent de la mastication; constipation opiniâtre; peau chaude et aride; pouls vibrant et tendu; respiration profonde, rare, entrecoupée. —Saignée de la jugulaire; sinapismes aux pieds et aux cuisses.

Troisième période. — Le soir, affaissement marqué; sorte d'assoupissement; quelques gémissemens sourds et inarticulés; pâleur de la face; yeux ternes, pulvérulens; pouls faible et facile à déprimer; respiration gênée.

Le vingt-neuf: coma profond; pouls intermittent, à peine sensible; respiration stertoreuse; extrémités froides et livides. Mort après plusieurs heures d'agonie.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation très-prononcée de l'arachnoïde, à la partie latérale droite et à celle correspondante au lobe antérieur du cerveau.

2°. Epanchement séroso-purulent assez considérable, entre l'arachnoïde et la pie-mère, pénétrant assez avant dans les circonvolutions cérébrales.

3°. Peu de liquide dans les ventricules. — Cerveau, cervelet, moëlle allongée dans l'état le plus parfait d'intégrité. — Les autres organes, sains.

(*Dr. Biett. Dissertation*).

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères du cerveau.— Forme passive.

Un manœuvre, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, est pris sans cause connue, de fièvre, d'envies de vomir, de douleurs abdominales et de dévoiement : une application de sangsues à l'anus, n'apporte qu'un soulagement momentané.

Entré à l'Hôtel-Dieu, huit jours après l'invasion des premiers accidens, il présentait les symptômes suivans :

Deuxième période. — Etourdissemens; céphalalgie gravative; dureté de l'ouïe; facies triste et abattu; langue sèche et rouge; soif; abdomen douloureux à la pression; pouls presque naturel; chaleur modérée.

Jusqu'au onzième jour, ces symptômes restèrent les mêmes; on appliqua des sangsues à la base du crâne, on fit une saignée du pied, une autre au bras : le sang fourni par cette dernière était riche et couënneux.

Le douzième jour : affaissement général; décubitus sur le dos; lenteur extrême dans les réponses. — Vésicatoires aux jambes.

Jusqu'au dix-septième jour, même état des symptômes cérébraux; la muqueuse intestinale

devient à plusieurs reprises le siége d'une irritation, pour laquelle on a recours aux sangsues sur le ventre et même à une saignée générale ; tous les soirs, les symptômes éprouvent une exacerbation très-sensible ; toutes les nuits, il y a du délire. — La surdité surtout fait des progrès.

Du dix-sept au vingt-unième jour : affaissement graduel ; prostration complète des forces ; pouls faible, sans fréquence. Un vésicatoire employé paraît occasionner une rétention d'urine, ce qui oblige de sonder le malade ; une douleur s'étant développée dans la région iliaque droite, nécessite l'application de quinze sangsues.

Le vingt-deuxième jour : stupeur générale ; prostration extrême ; somnolence continuelle ; faiblesse du pouls : on met le malade dans un bain, on lui administre une affusion tempérée, qu'il supporte assez bien : le soir, mort. Le pouls resta d'une lenteur extrême, pendant tout le cours de cette maladie.

Ouverture du cadavre. Opacité de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux : ces deux feuillets adhèrent ensemble en plusieurs points, principalement vers le corps calleux. — Adhérence ancienne des plèvres. — Cœur petit. — Estomac sain. — Six invaginations sur le trajet de l'intestin grêle, dont plusieurs sont très-considérables. — La muqueuse de cette

portion de l'intestin est rouge en quelques points, dans d'autres elle est violette. — Les ganglions mésentériques sont engorgés. — La bile est abondante. — Tous les autres viscères sont dans l'état naturel.

(*Observation communiquée par M. Récamier, recueillie par M. Martin-Solon.*)

185. Le délire est loin d'être toujours caractérisé par des actes de violence, par des vociférations; quelquefois, il est calme, tranquille, il ne consiste qu'en une loquacité non habituelle au malade, ou dans un ton brusque et bref dans les réponses. Le sujet dont nous venons de décrire l'histoire, n'en présenta que quelques traces qui même ne parurent pas frapper fortement l'observateur. Nous trouvons une explication de la forme passive que prit cette arachnitis, dans la constitution lymphatique du malade, et dans son manque de réaction; aussi se rapproche-t-elle beaucoup de l'inflammation de la base, tant pour la marche que pour l'ensemble des symptômes qu'elle présenta. L'état presque permanent de souffrance du ventre, n'a pas été sans contribuer aussi à jeter le sujet dans cet état d'inertie, comme on en verra des exemples à l'article des complications non cérébrales qui ont une grande influence sur la forme de l'arachnitis. Cependant les caractères de la convexité peuvent encore se

distinguer ; le délire, l'étourdissement des premiers jours lui appartiennent. Malgré cela, nous conviendrons que la progression insensible de l'affaissement et l'aspect adynamique de la maladie, durent jeter beaucoup d'obscurité sur sa nature.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères cérébraux. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Lebiel, âgé de vingt-sept ans, entre à l'hôpital le 31 avril; examiné le 1er. mai, il était dans l'état suivant:

Troisième période. Visage pâle; pupilles insensibles, très-dilatées; yeux ternes; somnolence; insensibilité générale; soubresauts des tendons; pouls petit, dur et fréquent; décubitus sur le côté gauche à demi-fléchi. — Large vésicatoire sur la tête; sinapismes aux pieds ; décoction de quinquina avec acide sulfurique.

Deux mai : somnolence moindre ; le malade peut parler, il entr'ouvre les yeux, se plaint de céphalalgie et de douleurs dans les lombes ; constipation. — Traitement, *idem.*

Trois mai : nouvel affaissement ; il n'entend point; soubressauts des tendons très-fréquens. — Frictions avec alcool camphré le long du rachis ; le reste du traitement, *idem.*

Quatre mai : coma profond ; pupilles toujours dilatées ; pouls très-lent et très-faible ; mort le lendemain.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde de la face supérieure des hémisphères cérébraux, surtout au voisinage du sinus longitudinal supérieur, présentait une concrétion albumineuse répandue sur toutes ces parties ; le cerveau adhérait dans cet endroit aux méninges.

2°. Sérosité abondante dans les ventricules latéraux et dans le ventricule moyen.

(*Journal général de Médecine.* 1806).

186. La seule période présentée dans cette observation est la troisième ; sa durée est plus longue que nous ne l'avons encore observée ; en effet ce n'est que le cinquième jour que le malade succombe. L'autopsie n'accuse qu'une arachnitis de la convexité, mais on trouve un épanchement abondant dans les trois ventricules, et cet épanchement rend compte de l'assoupissement. Cette observation ainsi que la précédente, serviront à nous conduire par une transition insensible à l'arachnitis de la base dont elles nous offrent une partie des caractères.

§. II. *Arachnitis de la base.*

187. Les symptômes propres à l'inflammation de la base, ont des caractères distinctifs qui suf-

fisent dans le plus grand nombre des cas, pour mettre le praticien à même de ne pas les confondre avec ceux qui sont fournis par l'arachnitis de la convexité.

188. Ces symptômes présentent cependant quelques variétés relatives à l'âge du sujet qui en est atteint. Chez les enfans, par exemple, qui sont prequ'uniquement disposés à cette espèce d'arachnitis, l'excessive irritabilité de leur systême nerveux donne lieu à différens spasmes qui impriment alors une forme particulière à la maladie : ainsi, on observe constamment diverses lésions du globe de l'œil, telles que, mouvemens convulsifs de cet organe, strabisme, dilatation considérable des pupilles, symptômes qui sont beaucoup moins fréquens chez les sujets plus avancés en âge, à moins que leur constitution éminemment nerveuse ne les fasse rentrer dans la même cathégorie que l'enfance. Ces symptômes éclatent souvent d'une manière brusque, sans être précédés d'assoupissement; d'autres fois, au contraire, ce passage est progressif.

189. L'état des facultés intellectuelles présente moins de différence que les divers appareils organiques que nous venons d'examiner ; le degré d'énergie dont jouit l'encéphale chez les adultes et même chez les adolescens, leur permet en effet de lutter plus long-tems contre la ten-

dance à l'assoupissement, d'où il résulte que ce symptôme est beaucoup moins développé chez eux que chez les enfans. Chez les uns comme chez les autres, cette lésion des facultés intellectuelles se rapporte essentiellement au défaut d'action de l'encéphale, à un état d'inertie dans lequel cet organe se trouve plongé, et non à ce trouble, à ce désordre de ses fonctions, en un mot au délire, caractère dominant de l'arachnitis de la convexité. Le cerveau pendant le cours de l'inflammation de la base, étant susceptible de recouvrer momentanément son activité, il s'en suit des retours passagers de l'intelligence, lesquels constituent les rémissions; et comme l'assoupissement est plus profond chez les enfans, il en résulte que les rémissions frappent davantage chez eux, ce qui n'a pas été sans contribuer à les faire regarder comme appartenant presqu'exclusivement à l'arachnitis de l'enfance. Nous observerons aussi qu'elles ont généralement lieu dans le cours de la deuxième période, tandis qu'elles sont rares dans la troisième. Ainsi donc, l'on voit, parce que nous venons de dire, que les principaux moyens de distinction entre l'arachnitis de la base chez les enfans, et cette même inflammation, chez les adultes, consistent dans la combinaison des symptômes spasmodiques avec les symptômes comateux chez les premiers, tandis que le coma,

ou la tendance à l'assoupissement, existe presque exclusivement chez les derniers. En effet, comme chez les sujets d'un âge moyen, l'appareil circulatoire ne prend qu'une part très-légère au trouble de l'appareil sensitif, dans le cours de la deuxième période, le système locomoteur étant dans la plupart des cas inactifs, il en résulte que l'arachnitis revêt la forme passive, et que la réaction est le plus ordinairement faible. Ces phénomènes se trouvent ensuite plus ou moins prononcés, selon que la constitution individuelle des sujets prête davantage à cette même réaction. De sorte que la phlegmasie se rapproche beaucoup des affections dites adynamiques, avec lesquelles on l'a quelquefois confondue.

190. L'arachnitis de la base se trouve par sa nature, avoir de nombreux rapports avec les épanchemens sanguins de l'intérieur ou de l'extérieur de la pulpe; les symptômes sont à peu près les mêmes, sauf les différences dépendantes de la manière graduée dont a lieu l'épanchement dans l'arachnitis, et de l'égale répartition de ce même épanchement; mais le caractère spécial n'en persiste pas moins : l'empêchement complet ou incomplet de l'acte intellectuel.

191. Nous pensons qu'il est inutile de dire que les symptômes sont mixtes, lorsque l'arachnitis affecte l'ensemble de la membrane, et que

ce que nous venons d'établir ici, ne s'applique rigoureusement qu'à celle de la base.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Dupuis, âgé de trois ans et demi, d'une bonne constitution, régulièrement conformé, était d'une taille élevée relativement à son âge; il s'était beaucoup accru en peu de tems, et il habitait Paris où il était né. Cet enfant faisait les délices de sa mère par ses nombreuses saillies. Il avait toujours joui d'une bonne santé.

Invasion. — Le 14 juillet 1817, il fut pris de vomissemens spontanés de matières verdâtres; ces vomissemens revinrent plusieurs fois dans la journée, et persistèrent, avec la même intensité, jusqu'au 24 du même mois, en s'accompagnant d'abattement, de faiblesse, d'un assoupissement continuel mais léger, d'une fièvre forte avec des paroxysmes irréguliers, mais sans délire ni agitation. Depuis le commencement de la maladie, au rapport des parens, cet enfant a toujours été tourmenté de constipation et d'une violente douleur de tête; par intervalle, il poussait des cris aigus et éprouvait fréquemment des mouvemens convulsifs des yeux; les facultés intellectuelles

furent toujours libres, les réponses justes. Il avait beaucoup perdu de son embonpoint.

Le 24 janvier, il fut apporté à l'hôpital des enfans, dans l'état suivant.

Onzième jour : coucher en supination ; tronc immobile ; tête renversée en arrière ; paupières pesantes et closes ; pupilles peu dilatées et immobiles; globe des yeux tournés en haut; facies altéré ; liberté des mouvemens et des facultés intellectuelles : le malade se plaint d'une forte douleur à l'occiput ; l'assoupissement est continuel mais peu intense ; le pouls faible, irrégulier et fréquent ; la respiration rare, inégale, lente et pénible avec des envies fréquentes de bailler; langue couverte d'un enduit jaunâtre ; constipation. — Pédiluves sinapisés ; lavemens ; limonade sulfurique ; potion avec éther nitrique.—A deux heures, paroxysmes avec quelques mouvemens convulsifs ; cris aigus ; très-forte douleur de tête à laquelle le petit malade porte sans cesse la main.

Douzième jour : cris aigus pendant toute la nuit ; strabisme ; facies profondément altéré. — Limonade avec un grain d'émétique ; lavement salé ; pédiluves sinapisés ; vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles ; glace sur la tête. — A deux heures, paroxysme très-fort ; cris le reste du jour ; perte des facultés intellectuelles et de la sensibilité.

Treizième jour : rémission générale de tous les symptômes ; le pouls est très-irrégulier ; baillemens fréquens ; mauvaise humeur ; refus opiniâtre de répondre quoiqu'il entende fort bien. — Traitement, *idem*.

Troisième période. — Quatorzième jour : pupilles dilatées et immobiles ; assoupissement profond ; pouls irrégulier, petit et faible, extrêmement fréquent ; yeux saillans, affectés de strabisme, demi-ouverts ; tête obéissant à son propre poids ; facultés intellectuelles libres. — Vésicatoire sur la colonne vertébrale.

Quinzième jour : même état ; affaissement des facultés intellectuelles ; cris pendant toute la nuit.

Seizième jour : face profondément altérée ; facultés intellectuelles très obtuses, mais non entièrement abolies ; assoupissement extrême ; strabisme des deux yeux qui sont continuellement agités ; cris perçans et continuels ; extinction graduée de toutes les fonctions externes. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation de l'arachnoïde qui, à la base du cerveau, se trouve entre le concours des nerfs optiques et la protubérance annulaire ; elle est même couverte en quelques points d'une exsudation albumineuse qui s'étend irrégulièrement dans la scissure de sylvius.

2°. Au moins huit onces de sérosité dans les ventricules qui sont extraordinairement dilatés. — Cerveau saillant ; circonvolutions aplaties.

(*Observation recueillie par M. Mitivié*).

192. Ce fait, que nous avons extrait des cahiers de l'administration des hôpitaux, est un type d'arachnitis de la base ; tous les caractères propres à cette région s'y trouvent on ne peut mieux développés : vomissemens au début ; céphalalgie, forme comateuse pendant tout le cours de la maladie ; dilatation des pupilles, strabisme, convulsions des yeux, renversement de la tête en arrière, cris aigus et cependant conservation des facultés intellectuelles jusqu'au quinzième jour; rémission générale de ces divers symptômes, à une époque où tout semblait annoncer un coma mortel ; enfin anéantissement gradué de l'intelligence le quinzième et le seizième jour, sans qu'on ait remarqué un seul instant le moindre signe de délire.

Il est assez difficile de distinguer l'époque où commença la deuxième période, le malade n'ayant été observé que le onzième jour. Nous pensons cependant qu'elle doit être rapportée au moment où ont paru les convulsions des yeux ; quant à la troisième, nous avons cru devoir la noter le quatorzième jour ; elle fut caractérisée par un coma plus profond et bientôt par un état d'affaissement de l'intellect.

Si l'on compare cette observation avec celles que l'on trouve à l'article convexité, on doit être fortement frappé des différences qui existent entr'elles et surtout de la longueur du coma dans cettè dernière.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Petit, âgé de six ans, entre à l'hôpital des enfans le 18 mars 1816. Il ne paraissait pas alors malade, on ne put avoir aucun renseignement sur son compte. Le 19, état satisfaisant toute la journée.

Troisième période. — Le 20 au matin, nous le trouvâmes en proie aux plus horribles convulsions; état tétanique; tendance continuelle à fléchir la tête en arrière; mouvemens convulsifs dans les membres; perte de connaissance; pupilles dilatées; déglutition difficile; abdomen tendu et douloureux; constipation; pouls lent, petit, irrégulier; respiration à peine sensible. — Décoction de fougère mâle; potion antispasmodique; liniment camphré sur le ventre.

Le 21 : amélioration générale; retour incomplet de la connaissance, mais continuation de la roideur tétanique. — Sinapismes aux jambes; vé-

sicatoire derrière les oreilles ; camphre ; glace sur la tête.

Le 22 : point de changement. L'enfant se réveille lors des applications de glace et des sinapismes, pour retomber bientôt dans le même état. — Même traitement ; deux sangsues de chaque côté du col.

Le 23 : état comateux plus prononcé ; congestion cérébrale bien marquée ; face rouge, animée ; veines frontales gonflées ; yeux chassieux, fixes, voilés, dirigés en haut ; roideur considérable des membres ; mouvemens convulsifs lors de l'application des sinapismes ; fréquence et irrégularité dans le pouls ; peau brûlante ; respiration gênée, bruyante ; déglutition difficile. — Glace sur la tête ; sinapismes ; potion éthérée ; limonade sulfurique. Mort le soir au milieu des convulsions.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation très-marquée de la portion de l'arachnoïde qui se trouve entre la protubérance annulaire et le carré des nerfs optiques ; dans cet endroit, la séreuse est épaissie et recouverte d'une concrétion albumineuse assez épaisse.

2°. Dilatation considérable des deux ventricules, mais particulièrement du droit ; ils contiennent au moins huit onces de sérosité claire.

(*Observation communiquée par le docteur Deslandes*).

On retrouvera un fait entièrement semblable, pour la manière brusque avec laquelle éclata la troisième période, à l'article *période* de l'histoire générale, deuxième observation.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Adnet, âgé de 13 ans, entra à l'hôpital des enfans, le 18 mars 1817.

Première période. — Malade depuis trois semaines, il avait éprouvé un malaise général, des nausées, des vomissemens, et une forte céphalalgie. Le 11 mars, on lui avait donné un vomitif.

Deuxième période. — Le 19 mars : coucher en supination; face animée; pupilles un peu dilatées; yeux hagards; céphalalgie intense; léger délire; réponses tardives faites avec morosité; agitation forte; soupirs et même cris plaintifs de tems à autre; inappétence; amertume de la bouche; langue jaunâtre à sa base; abdomen souple, mais sensible à l'épigastre; roideur des membres; respiration libre; pouls dur, fréquent, régulier; chaleur de la peau médiocre. — Limonade tartarisée. — Pendant la journée, des mouvemens convulsifs viennent se joindre aux

autres symptômes ; urines abondantes avec sédiment floconneux.

Troisième période. — Le 20 mars : renversement de la tête en arrière ; léger trismus ; assoupissement ; le malade entend ce qu'on lui dit ; ses réponses sont brusques et peu justes ; yeux tantôt fermés, tantôt largement ouverts ; pupilles se dilatant et se contractant alternativement ; constipation opiniâtre ; pouls petit, irrégulier, très-fréquent ; peau sèche et chaude. — Douze sangsues au cou ; lavement purgatif ; vésicatoire à la nuque. — Dans la journée, alternative de stupeur et de délire ; à huit heures du soir, roideur tétanique des membres ; dilatation et immobilité des pupilles.

Le 21 : même état. — Séton à la nuque : l'enfant est insensible à son application. — Le soir exacerbation.

Le 22 : le froid de la face, de la poitrine et des membres supérieurs, contraste d'une manière remarquable, avec la grande chaleur de l'abdomen et des membres inférieurs ; paralysie de la paupière supérieure gauche, tandis que la droite est largement ouverte ; trismus ; écume à la bouche ; facultés intellectuelles très-obtuses ; cependant le malade entend encore les questions qui lui sont adressées ; il s'efforce d'y répondre, mais il ne peut y parvenir. ce qui paraît tenir à

la paralysie de la langue; constipation; haleine fétide; pouls petit, serré, très-fréquent; respiration à peine sensible. — Infusion de tilleul; glace sur la tête. — Dans la matinée, la respiration devient bruyante et stertoreuse, le pouls imperceptible; la connaissance, le sentiment et le mouvement se perdent complétement; la bouche se remplit d'une écume jaune et fétide. Cet état persiste jusqu'au lendemain matin dix heures, et le malade meurt au milieu de violentes convulsions.

Ouverture du cadavre. — 1°. A la face supérieure du cerveau, l'arachnoïde est saine, sauf deux ou trois adhérences filamenteuses très-déliées qui l'unissent à celle de la dure-mère; dans les autres points, elle est blanchâtre et épaisse, surtout à l'extrémité externe de la scissure de Sylvius du côté droit, et sur les faces latérales des hémisphères cérébraux.

2° Une infiltration séroso-purulente demi-concrète se rencontre à la partie postérieure du sillon des nerfs optiques, et dans la scissure de Sylvius du côté gauche; la portion qui recouvre la protubérance annulaire était opaque, et d'un blanc laiteux.

3°. Les ventricules latéraux étaient distendus par beaucoup de sérosité limpide. Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties. Le cerveau

était sain. Il existait des traces récentes d'inflammation sur les plèvres et sur le poumon gauche. Les viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

(*Observation recueillie par MM. Mitivié et Deslandes*).

193. On remarquera que, s'il exista du délire chez ce jeune garçon, on trouva à l'autopsie une légère arachnitis de la convexité, preuve nouvelle de l'influence de la phlegmasie de cette région, sur l'état des facultés intellectuelles.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Cayrol, Antoine Hipolyte, âgé de trois ans, d'une constitution éminemment scrophuleuse, ayant les jambes un peu arquées par l'effet du rachitis, était atteint d'engorgemens des glandes cervicales du côté gauche; plusieurs même étaient ulcérées. Il portait aussi un ulcère scrophuleux au pied droit, entretenu par la carie des os du métatarse. Dans le mois de septembre, cet enfant ayant été pris de catarrhe pulmonaire et de fièvre, ses parens le conduisirent à l'hôpital des enfans, le 30 du même mois. Les amers, l'infusion de houblon lui furent donnés.

Première periode. — Rien de particulier ne fut observé jusqu'au 12 octobre ; seulement, le petit malade était morose, se plaignait et criait continuellement, tandis que dans d'autres momens il restait dans un état de stupeur assez prononcée ; ce jour même, la fièvre fut plus forte qu'à l'ordinaire ; il y eut beaucoup d'agitation, mais point de mouvemens convulvulsifs.

Deuxième et troisième périodes. Le 13, à sept heures du matin : violentes convulsions de tous les membres ; roideur extrême des muscles du cou, avec renversement de la tête en arrière ; roideur des membres supérieurs qui conservent pendant quelque tems la position qu'on leur donne ; trismus ; mouvemens de rotation des yeux ; pouls petit, fréquent et inégal. — Limonade nitrée avec liqueur d'Hoffmann ; émulsion avec éther ; sinapismes. — A ces différens mouvemens convulsifs succède une stupeur, qui dure jusqu'au lendemain matin.

Le 14 : décubitus en supination ; yeux ternes, tournés en haut, immobiles, recouverts d'une pellicule pulvérulente ; fonctions intellectuelles anéanties ; insensibilité presque complète ; pouls petit, accéléré, irrégulier ; respiration haute, gênée, fréquente ; peau chaude. — Traitement *id.* ; sinapismes aux pieds ; vésicatoire derrière cha-

que oreille.—La stupeur continue jusqu'à deux heures ; alors légère roideur des membres, suivie de mouvemens convulsifs et de rotation continuelle du globe des yeux ; faiblesse extrême. Mort le soir.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation de la portion de l'arachnoïde, qui, vers la base du crâne, répond à l'espace qui sépare le carré des nerfs optiques de la protubérance annulaire ; elle est tapissée en cet endroit par une fausse membrane blanchâtre, épaisse de trois lignes au moins, et recouverte elle-même d'une couche assez étendue d'un pus jaunâtre et tenace. Injection vive de la pie-mère.

2°. Circonvolutions cérébrales aplaties. Huit onces de sérosité épanchée dans les ventricules latéraux. Cerveau sain.

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base.—Petite quantité de sérosité dans les ventricules.

Marguerite Desbordes, âgée de sept ans, d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu de maladie, était née à Paris, de parens sains et fortunés.

Deuxième période. — Le 25 septembre 1811, elle fut maltraitée et menacée, par une de ses maîtresses, d'être mise dans un lieu obscur, ce

qui lui causa une telle frayeur, qu'elle fut prise spontanément de mouvemens convulsifs des muscles de la face, qui bientôt furent suivis de convulsions générales très-violentes ; elle prit un air hébété, et ne répondit plus aux questions qui lui étaient adressées que par des larmes et des sanglots. Les jours suivans, tous ces symptômes acquirent successivement une plus grande intensité ; la petite malade restait plongée dans un état comateux dont rien ne pouvait la faire sortir, et par moment elle éprouvait de fortes convulsions et poussait des cris plaintifs.

Le cinquième jour de l'invasion de la maladie, amenée à l'hôpital des enfans, elle présenta les symptômes suivans : Coucher en supination ; tête penchée du côté droit, ne pouvant être portée du côté opposé sans que la malade ne donnât les signes de la plus vive douleur ; tremblement général, et par moment, véritable convulsions ; mains se portant automatiquement, mais sans cesse, vers le côté droit de la tête ; face rouge ; pupilles très-dilatées, légèrement contractiles ; yeux presque toujours inanimés, paraissant, lorsqu'on les ouvre, supporter difficilement la lumière, car alors elle s'agite et pousse des soupirs ; grincement de dents presque continuels ; langue très-sèche ; soif vive ; pouls petit, fréquent et un peu inégal ; ventre souple ; cons-

tipation ; respiration insensible et par fois suspirieuse ; peau chaude et sèche, couverte dans plusieurs points de son étendue, de petites taches rouges. — Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger ; potion antispasmodique avec camphre et nitre dans trois onces de sirop de nerprun ; lavement avec marube.

Sixième jour : tous les symptômes précédens persistent, ainsi que les convulsions et l'état comateux. — Vésicatoire sur la tête.

Septième jour : même état ; les spasmes augmentent lorsque l'on lève le vésicatoire, et la malade paraît y être très-sensible. — Deux vésicatoires aux cuisses ; frictions aux mêmes parties, avec le liniment ammoniacal ; lavement avec miel mercurial ; décoction de coraline de Corse et de cévadille avec sirop d'absynthe, liqueur d'Hoffmann et un grain d'émétique.

Huitième jour : yeux éteints et à moitié fermés ; pupilles insensibles à la lumière ; grincement de dents continuels ; pouls petit, accéléré ; ventre rétracté. — Séton à la nuque ; lavement de quinquina et de camphre ; frictions mercurielles au-dessous des machoires.

Neuvième jour : coma en apparence moins profond ; yeux moins éteints ; pouls insensible. — Traitement *id.* — Le soir, le coma et les mouvemens convulsifs augmentent, la malade

meurt dans la nuit, sans offrir de symptômes remarquables.

Ouverture du cadavre. — 1°. La portion de l'arachnoïde qui recouvre la protubérance annulaire et les parties environnantes, présentait les traces d'une inflammation très-vive ; elle était couverte en cet endroit par une fausse membrane transparente et comme gélatineuse.

2°. Les ventricules latéraux et le ventricule moyen ne contenaient que très-peu de sérosité. Les méninges étaient très-injectées et d'un sang noir. — La substance cérébrale était elle-même injectée, mais ne présentait aucune altération.

(*Sauveur de la Villeray.*)

194. Cette observation nous offre un double intérêt, 1°. par la manière brusque avec laquelle la maladie éclate, à une époque où tout semble devoir faire considérer le sujet comme en parfaite santé ; 2°. par l'absence ou par la petite quantité de sérosité existant dans les ventricules, ce qui n'a pas empêché la maladie de présenter tous les symptômes que nous avons dit appartenir à la base, et caractériser particulièrement l'arachnitis des enfans ; d'où l'on doit être porté à penser que la forme comateuse et spasmodique ne dépend pas complétement de l'hydropisie, mais qu'elle paraît avoir sa source également

dans l'arachnitis de la base. Ce fait e encore très-curieux sous le point de vue du traitement qui a été employé, et qui certes a été très-actif. Les dérivatifs les plus énergiques, ainsi que les stimulans auxquels on a eu recours, devraient-ils être considérés comme ayant empêché le développement de l'hydropisie des ventricules? Nous n'osons répondre affirmativement à cette question, ayant souvent trouvé une exhalation abondante, alors même que ce mode de traitement avait été suivi avec persévérance ; cependant, nous prendrons occasion de ce fait, pour appuyer sur les dérivatifs, non pas dans cette période où la gravité des accidens démontre les progrès de l'arachnitis et l'abondance de l'épanchement, mais bien lorsque la seconde ne fait que paraître. Ceci est également applicable aux évacuations sanguines qui doivent marcher concurremment avec les dérivatifs, car plus tard elles ne feraient qu'accélérer la mort du sujet.

QUARANTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base.—Sérosité abondante dans les ventricules et dans le canal de rachidien.

Elisabeth Mercier, âgée de sept ans, ayant assez d'embonpoint, mais petite pour son âge, fut apportée à l'hôpital, le 21 janvier 1818, et placée dans la salle de M. Nysten. On apprit

qu'elle avait eu la coqueluche trois mois auparavant, et que depuis quinze jours elle était malade : examinée peu de tems après son entrée, elle présenta les symptômes suivans :

Deuxième période. 21 janvier : face rouge et animée ; paupières abaissées ; strabisme ; tête penchée ; cris dès qu'on la touche ; assoupissement ; perte de connaissance ; contraction des membres supérieurs et inférieurs qui sont dans la plus forte flexion ; trismus ; mouvemens partiels des bras ; pouls petit, faible, fréquent ; respiration altérée. — Trois sangsues à chaque tempe ; sinapismes aux jambes ; vésicatoires *id.* ; lavement purgatif ; potion avec liqueur d'Hoffmann.

Troisième période. 22 janvier : même état. — Traitement *id.* ; glace sur la tête. — Le soir, affaissement très-grand ; inclination du corps à droite ; même contraction des extrémités ; constipation malgré les lavemens purgatifs : la petite malade repousse la main lorsque l'on presse sur la région de la vessie.

23 janvier : la face passe subitement d'une rougeur intense à une pâleur considérable ; abattement ; renversement de la tête en arrière ; mouvemens spasmodiques des bras ; yeux fixes ; paupières abaissées ; dents encore un peu serrées ; rétraction du ventre qui touche presqu'à

la colonne vertébrale ; la pression n'y développe point de douleur ; déglutition presqu'impossible ; pouls petit et fréquent.

Le 24 : tête fortement arquée en arrière ; mouvemens irréguliers de la machoire inférieure ; membres flasques et mous ; yeux entr'ouverts ; pupilles très-dilatées, immobiles ; pouls insensible à gauche ; petit, inégal, filiforme à droite ; respiration fréquente et difficile avec grands mouvemens des côtes. — Vésicatoire sur la tête. — Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — Membres roides. Pupilles dilatées.

1°. Arachnoïde légèrement opaque, mouillée d'une sérosité abondante à la base et aux environs de la protubérance annulaire.

2°. Dans l'espace qui recouvre les pédoncules du cerveau, la tige pituitaire et l'entrecroisement des nerfs optiques, l'arachnoïde est non-seulement épaissie, mais encore verdâtre et infiltrée d'une manière puriforme qui lui donne sur les côtés trois à quatre lignes d'épaisseur : les environs de cette région, qui n'offrent point d'ailleurs de rougeur bien marquée, sont légèrement opaques.

3°. Les circonvolutions cérébrales sont aplaties : il existe trois ou quatre onces de sérosité dans les ventricules qui communiquent ensemble

par le soulèvement de la voûte à trois piliers : cette sérosité est trouble et incolore. La substance cérébrale est blanche, ferme et très-saine ; elle est un peu sablée de sang.

4°. Une grande quantité de sérosité trouble et incolore était ramassée dans le rachis, autour du faisceau lombo-sacré. — Les vaisseaux de la pie-mère étaient gorgés de sang inférieurement. — La moëlle épinière était très-ferme et résistante. — Granulations cartilagineuses à l'intérieur des poumons, et à la surface des plèvres qui contenaient quelques onces de sérosité. — Cœur sain. — Foie volumineux, assez ferme, rouge. — Estomac sain : intestins distendus par des gaz. — Muqueuse de la valvule iléo-cacale offrant une apparence granuleuse, légèrement boursouflée, et présentant quelques plaques rouges. — Vessie saine.

(*Observation communiquée par M. Nysten*).

QUARANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité dans les ventricules latéraux et dans le canal rachidien.

Céleste Antoine, âgé de six ans, né à Paris, fut apporté à l'hôpital des enfans, le 17 juin 1818, et mis dans une salle de M. Jadelot.

Première période. La maladie avait débuté

par une céphalalgie violente, accompagnée de vomissemens abondans et bilieux.

Deuxième période. Le second jour, la céphalalgie devint insupportable et causa même du délire.

Le troisième, l'enfant ne se plaignit plus de douleur de tête, mais il fut pris d'une légère somnolence qui devint bientôt un assoupissement continuel. Cet état persista jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Il n'avait cessé de pousser des cris plaintifs, de renverser la tête de côté et d'autre, de contourner ses bras, de serrer les machoires et de grincer les dents; il eut même des mouvemens convulsifs.

Troisième période. Le sixième jour: abattement général; gonflement et coloration de la face; traits immobiles; yeux ternes, à demi-fermés; pupilles dilatées, à peine contractiles; cris plaintifs quand on le touche; point de réponses; engourdissement; cependant, lorsqu'on le presse fortement par des questions, il se ranime un peu, ouvre les yeux et tire la langue qui paraît blanche à sa surface; il n'existe point de lésions des appareils digestif et respiratoire; la fréquence du pouls est faible, la chaleur de la peau peu élevée; lorsque l'on soulève les bras, ils retombent en masse. — Limonade; émulsion; six sangsues derrière les oreilles; vésicatoire à

une jambe; frictions camphrées sur le ventre, cataplasme après. — Nul changement dans la journée, mais vers le soir, grincement de dents très-fort; pouls fréquent, cent trente pulsations.

Septième jour : pupilles plus dilatées, à peine contractiles; grincement de dents presque continuels; l'enfant ne crie plus, mais il ouvre machinalement les yeux; il ne voit ni n'entend; respiration entièrement abdominale. — Six sangsues aux tempes; vésicatoire à la nuque; vésicatoire à une jambe; frictions avec l'éther acétique.

Huitième et neuvième jour : même état.

Le dixième : on donne des affusions; le petit malade crie, parle, paraît se ranimer, mais cet effet n'est que de courte durée; l'assoupissement continue après le bain; paupières fermées complétement; pupilles davantage dilatées; la face s'est colorée, et la contraction des machoires qui jusqu'alors avait été légère, a pris le caractère d'un véritable trismus.

Le onzième jour : persistance de tous les symptômes au même degré que la veille; on remarque de plus une légère déviation de la commissure gauche des lèvres, et une roideur du cou qui porte la tête en arrière si fortement, qu'en soulevant cette partie on enlève le corps

d'une seule pièce ; il est à noter que ce symptôme existe depuis le commencement de la maladie. — Affusions ; elles raniment momentanément, mais l'affaissement augmente ensuite : la chaleur et le pouls qui avaient disparu après le bain, ne reparaissent qu'après trois ou quatre heures.

Douzième jour : à tous les symptômes précédemment décrits et qui sont tous portés à un haut degré, vient se joindre une éruption miliaire sur la poitrine, ayant tous les caractères du *sudamina*. Dans la soirée, la chaleur cesse entièrement ; la face s'altère horriblement, et la mort arrive.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau était saine; mais celle qui tapisse l'entrecroisement des nerfs optiques, et qui s'étend sur la protubérance cérébrale jusqu'à l'entrée du canal vertébral, était enflammée, épaissie, infiltrée d'une substance d'un jaune mat, et plus résistante que dans l'état naturel. Cette inflammation ne se propageait point à la portion de l'arachnoïde qui revêt les ventricules et la moëlle épinière.

2°. Les circonvolutions cérébrales étaient uniformément tendues. Il existait deux onces et demie de sérosité environ dans les ventricules.

3°. Une cuillerée de sérosité était épanchée à la base du crâne, et une assez grande quantité dans le canal rachidien — Organes du thorax sains. — Quelques plaques rouges sur l'estomac et les intestins, principalement vers la valvule iléo-cœcal où la muqueuse est gonflée. — Glandes mésentériques engorgées. — Foie volumineux, rouge, très-consistant.

(*Docteur Thibault, dissertation*).

195. Dans cette observation, ainsi que dans la précédente, nous trouvons le renversement de la tête beaucoup plus prononcé qu'à l'ordinaire; dans la première, le cou se trouvait arqué en arrière, et le ventre fortement rétracté; dans celle-ci, l'état tétanique existait dans toute la longueur de la colonne vertébrale, de telle sorte qu'en soulevant la tête on soulevait tout le corps : chez ces deux malades, on trouva un épanchement séreux assez abondant dans le canal rachidien, épanchement qui dénote que l'irritation de l'arachnoïde de la base s'était propagée à celle de la moëlle épinière. La rigidité avec flexion des membres, chez la petite fille, paraît également devoir être rapportée à la même cause; on se renforcera dans cette opinion, en jetant les yeux sur le chapitre relatif à l'arachnitis spinale, dans lequel on verra que ce symptôme est

le plus constant de tous ceux que présente la phlegmasie de cette région de l'arachnoïde.

Nous observerons, en passant, que chez Antoine Céleste, la déviation de la bouche à gauche n'était motivée par aucun épanchement partiel; nous aurons occasion de démontrer le peu de valeur de ce symptôme. Nous ferons également remarquer que le délire fut bien passager, puisqu'il ne fut observé que le second jour, et cela au dire des parens seulement. Aussi ce fait rentre-t-il essentiellement dans ce que nous avons dit relativement à l'absence du trouble intellectuel dans l'arachnitis de la base.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité abondante dans les ventricules latéraux.

Breschet, âgé de 14 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, ayant acquis en peu de tems un accroissement rapide, habitait Saint-Denis, et s'était livré à des travaux pénibles et au-dessus de son âge: il portait surtout de lourds fardeaux sur la tête.

Première période. Le 12 février, après avoir fait une longue route avec une charge sur la tête, il se sentit indisposé et s'alita le lendemain. Pendant treize jours, il resta chez lui, tourmenté continuellement par une fièvre très-forte, une

constipation opiniâtre, une vive douleur de tête, de l'assoupissement et de l'agitation. Pendant toute la nuit, il ne cessait de pousser des cris.

Le quatorzième jour : amené à l'hôpital, on observa les symptômes suivans : Coucher adynamique ; face profondément altérée ; pupilles dilatées, immobiles ; yeux fixes ; tête renversée en arrière ; immobilité presque complète du tronc ; mouvemens désordonnés des mains ; assoupissement continuel ; facultés intellectuelles nulles ; insensibilité aux pincemens les plus forts ; pouls rare, soixante pulsations par minute ; déglutition très-difficile ; constipation ; urines involontaires. — Limonade sulfurique avec décoction de quinquina ; potion avec huit grains de camphre et un scrupule de liqueur d'Hoffmann ; deux lavemens de quinquina camphrés ; deux vésicatoires aux jambes ; sinapismes aux pieds. — Dans la journée, le malade recouvre en partie la faculté d'entendre, les yeux paraissent moins fixes, mais le soir l'assoupissement augmente et devient très-profond.

Le quinzième jour : cris ; convulsions partielles des bras ; sensibilité un peu rétablie ; l'affaissement augmente. — A onze heures : bain à dix-huit degrés pendant un quart d'heure, suivi de deux affusions froides. — Le pouls qui marquait

quatre-vingt-douze pulsations avant que le malade entrât dans le bain, se ralentit et se concentra; peu après, les yeux restent ouverts, l'audition s'opère plus facilement, la sensibilité devient moins obscure, le malade a deux évacuations, et paraît en général beaucoup mieux; mais à trois heures, le coma redevient plus profond qu'il ne l'avait encore été; les pupilles restent dilatées et immobiles; la sensibilité et la motilité se perdent entièrement. — Un second bain est administré à la même température que le premier, mais l'effet en est presque nul. — Difficulté à réchauffer le malade qui éprouve en sortant de l'eau, quelques convulsions partielles; déglutition presqu'impossible; le soir, l'ensemble des symptômes était des plus fâcheux; la chaleur au-dessous de la température ordinaire; le coma profond; l'insensibilité et l'immobilité complètes; la respiration stertoreuse. — Vésicatoire derrière les oreilles et le long du cou; sinapismes aux cuisses; cataplasmes chauds aux pieds.

Le seizième jour: même état que la veille. — Large vésicatoire sur la tête; lavement avec deux onces de sulfate de soude; deux grains d'émétique dans une potion de six onces; deux sangsues à chaque narine. — La mort arrive avant qu'on ait le tems d'employer la plupart de ces moyens.

Ouverture du cadavre. — Crâne petit, relativement au reste du corps. — Membranes cérébrales distendues.

1°. Arachnoïde enflammée à la base du cerveau, recouverte d'une fausse membrane de la largeur d'un pouce, au devant du concours des nerfs optiques, et s'étendant transversalement à droite, jusqu'à la scissure de Sylvius.

2°. Circonvolutions cérébrales aplaties, effacées. — Ventricules latéraux considérablement dilatés et contenant à peu près huit à dix onces de sérosité limpide.

(*Mitivié. — Cahiers de l'administration des hôpitaux*).

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base.—Sérosité dans les ventricules.

Une fille de 21 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux et sanguin, n'était point réglée depuis deux mois seulement; sa santé était très-chancelante depuis un rhumatisme des membres qui avait duré dix mois. Vers les premiers jours de septembre 1816, elle fut prise de vertiges et de défaillance après avoir tourné en rond. Son malaise ayant augmenté, elle entra à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre. On ne portait guère d'attention à cette malade qui du

reste ne présentait rien de particulier, lorsque vers la fin du mois, elle se plaignit de douleur à la pointe du sternum et dans le dos, ainsi que de la sensation d'une boule qui remontait de l'abdomen au gosier où elle produisait une sorte de strangulation.

Le 30 septembre : ces accidens s'accompagnent de vomissemens, avec constriction vers le diaphragme, strabisme interne de l'œil gauche et légère déviation de la bouche à droite. — Sangsues à la vulve et sur la poitrine; traitement antispasmodique.

Le 1er octobre : augmentation de la dyspnée; le soir : sensation de la boule hystérique.

Le 2 : plusieurs défaillances dans la journée. — Assa-fœtida en pilules; julep avec laudanum. — A midi, frisson pendant trois heures; puis chaleur; défaillances.

Le 3 : état plus calme. — Julep antispasmodique avec laudanum; demi-once de quinquina en deux prises. — Point de frissons dans la journée, mais chaleur; point de défaillance; céphalalgie; pouls sans fréquence.

Le 4 : Eruption miliaire générale; céphalalgie; point de fréquence du pouls. — Quinquina, demi-once; potion *id.* — A dix heures, accès en chaud seulement, qui dure jusqu'au soir; vomissemens bilieux; dévoiement.

Le 5 : rémission. — Traitement *id.* — Le soir, exacerbation légère ; vomissement dans la nuit.

Le 6 : douleurs des lombes et des membres plus vives que les jours précédens. — Traitement *id.* — Le soir, exacerbation plus forte.

Le 7 : pouls rare, irrégulier ; douleurs des membres et des lombes diminuées. — Infusion de camomille ; quinquina demi-once ; julep avec laudanum.

Le 8 : strabisme de l'œil gauche plus marqué ; vomissemens. — Décoction de quinquina ; camphre en pilules ; vésicatoire à la nuque ; sinapismes aux pieds. — Le soir, exacerbation.

Le 9 : céphalalgie ; toujours douleurs des lombes et des cuisses. — Traitement *id.* ; décoction de valériane avec rabel ; sinapismes aux mollets.

Le 10 : la bouche se dessèche, la malade s'affaisse, le pouls prend un peu de fréquence. — Décoction de valériane ; décoction d'arnica rabel ; pilules de camphre ; julep avec extrait de quinquina.

Le 11 : mieux. — Traitement *id.* — La nuit, un peu de délire, au dire de ses voisines.

Le 12 : facultés intellectuelles libres ; ventre douloureux ; langue sèche ; point de fréquence au pouls. — Orge, émusion ; sinapismes. — Le soir, exacerbation ; délire.

Le 13 : facultés intellectuelles libres ; langue humide ; ventre moins douloureux. — Traitement *id.*

Du 14 au 18 : même état à peu près ; affaissement général et intellectuel ; le pouls prend un peu de fréquence. Le soir, exacerbation. — Traitement *id.*

Le 18 : langueur générale ; ventre peu sensible ; constipation ; point de fréquence du pouls. — Décoction de quinquina ; décoction d'arnica ; julep avec extrait de quinquina, liqueur d'Hoffmann. — Le soir, exacerbation plus forte.

Le 19 : face colorée ; roideur du cou ; nausées ; ventre sensible ; pouls fréquent. — Orge ; musc en pilules. — Le soir, exacerbation faible.

Le 20 : rougeur de la face ; abdomen douloureux ; fréquence du pouls. — Traitement *id.*

Le 21 : facultés intellectuelles presqu'oblitérées ; langue sèche ; ventre très-douloureux. Mort le lendemain.

Ouverture du cadavre. — 1°. La portion d'arachnoïde qui recouvre la base du cerveau, présente au pourtour de la protubérance annulaire, une exsudation albumineuse et purulente plus considérable à droite qu'à gauche. Les prolongemens antérieurs et postérieurs de la protubérance, et l'origine de la moëlle allongée, of-

frent aussi des traces d'opacité et d'épaississement très-marquées. L'arachnoïde des parties supérieure et latérales est parfaitement saine.

2°. Les ventricules latéraux contiennent chacun deux onces de sérosité limpide.

3°. Les plexus choroïdes, pâles dans leur tiers antérieur, sont d'un rouge pourpre dans le reste de leur étendue. — Le cerveau, le cervelet la protubérance annulaire sont dans l'état naturel. — Granulations de la plèvre droite vers les premières côtes. — Rougeur et granulations du grand épiploon et du mésentère. — Même état de la séreuse des intestins grêles. — Muqueuse saine. — Les autres viscères sains.

196. Malgré les difficultés que cette observation présente sous le point de vue du diagnostic, on peut encore démêler à travers les différentes complications, l'arachnitis de la base. En effet, l'état de la langueur, la céphalalgie, le strabisme, l'affaissement intellectuel qui eut lieu dans le dernier septenaire, le renversement du col, tous ces symptômes se rattachent à la phlegmasie de cette région. Peut-être faut-il aussi lui rapporter les vomissemens, mais la co-existence de la péritonite, peut aussi y avoir pris quelque part ; l'observation suivante, dans laquelle il existe un léger ramollissement de la voûte à trois piliers, nous donnera un nouvel exemple

de la forme que revet cette arachnitis chez les adultes. On y verra, comme dans celle-ci, que le passage d'une période à l'autre est à peine sensible. Mais ce qui nous y fait attacher beaucoup de prix, c'est qu'elle a été observée avec le plus grand soin par l'un de nous, et à une époque où les données que nous avions sur les maladies de l'encéphale, nous permettaient d'être beaucoup plus attentif sur les différens symptômes et sur les particularités que pouvait offrir la maladie.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base.—Sérosité dans les ventricules.

Marie Magne, femme Léger, âgée de vingt-six ans, avait éprouvé pendant toute la première quinzaine de juillet 1820, de vives douleurs de tête. Le 28 du même mois, ses règles se supprimèrent à la suite d'une frayeur.

Première période. — Dans les premiers jours de septembre, forte céphalalgie. Entrée à l'Hôtel-Dieu; elle fut placée à la clinique.

Le 6 : céphalalgie lancinante, très-vive, se faisant sentir dans toute la région supérieure de la tête; rougeur des conjonctives; bouche amère; langue blanche; nausées; pouls à peine fébrile; état général peu altéré. — Décoction de tamarin.

Deuxième période. — Le 7 : facultés intellec-

tuelles très-libres; continuation de la douleur de tête; lenteur physique et morale.—Ipécacuanha.

Les 8, 9 et 10: la céphalalgie persiste à peu près au même degré; l'appareil locomoteur est parfaitement libre ainsi que l'état de l'intelligence; la chaleur est peu développée.

Le 11 : affaissement plus marqué; facies plus altéré; toujours céphalalgie vive. — Vésicatoire à la nuque.

Le 12 : assoupissement dont on retire facilement la malade; lenteur dans les réponses.

Troisième période. — Le 13: abattement plus considérable; état adynamiforme; intelligence libre; assoupissement; fréquence du pouls; diminution de l'opthalmie. — Julep antispasmodique avec extrait de quinquina; tamarin.

Le 14: la malade paraît un peu moins affaissée; elle répond un peu plus facilement, montre bien sa langue; les paupières sont presque continuellement fermées; les pupilles sont à peine contractiles, et ne sont point sensiblement dilatées; les membres supérieurs sont également flasques des deux côtés, mais non pas paralysés; la peau n'a point de chaleur; la sensibilité générale est très-peu prononcée; le pouls conserve un peu de fréquence; le décubitus est en supination. — Tamarin, julep extrait de quinquina; lavement camphré; vésicatoire sur le

cuir chevelu. Mort dans la journée sans délire sensible.

Autopsie cadavérique. — 1°. L'arachnoïde qui tapisse le carré des nefs optiques et la partie située au devant de la protubérance annulaire, était épaissie, plus difficile à rompre que dans l'état naturel, et pénétrée d'une sérosité citrine assez épaisse : cette infiltration était tout-à-fait semblable à celle qui résulte de l'application du vésicatoire.

2°. La portion d'arachnoïde qui recouvre les hémisphères cérébraux, présentait çà et là quelques légers épaississemens très-peu sensibles ; mais ces épaississemens l'étaient beaucoup plus sur certaines anfractuosités où ils suivaient les vaisseaux et ne présentaient eux-mêmes que de simples trajets linéaires : l'arachnoïde, dans ces endroits, était opaque, infiltrée de sérosité, ce qui n'était bien appréciable que dans l'intervalle des circonvolutions où la séreuse est plus facile à examiner : en général tout ceci n'était qu'excessivement léger.

3°. Chaque ventricule latéral contenait environ une once de sérosité citrine avec de légers flocons albumineux. Leur membrane examinée avec soin, ne présenta ni granulation ni épaississement. Les plexus choroïdes contenaient l'un et l'autre un kiste séreux de la grosseur d'une tête

d'épingle, lequel renfermait de petites concretions.

4°. Une once et demie de sérosité était épanchée à la base du crâne. — Le cerveau était en général mou, il se déchirait avec facilité; la voûte à trois piliers était très-ramollie et présentait sa blancheur naturelle. — La plèvre gauche offrait des granulations dans toute son étendue. — Viscères abdominaux, sains.

197. Le ramolissement de la voûte à trois piliers ne nous a pas empêché de placer cette observation dans cette série des arachnitis simples. Il paraît en effet n'avoir déterminé par lui-même aucun symptôme. Nous croyons pouvoir citer ce fait comme un type d'arachnitis de la base, chez les adultes; nous y trouvons tous les caractères que nous avons assignés à cette région.

198. Ici se terminent les faits particuliers relatifs à l'arachnitis de la base: nous n'avons pas cru devoir ajouter des réflexions à chacun de ces faits, surtout pour ceux qui se trouvent au commencement de cet article et qui ont eu lieu chez des enfans: en effet, ce sont toujours les mêmes phénomènes, et ce que l'on a dit de l'un se trouve applicable à tous les autres. Ce sont toujours des lésions du globe de l'œil, des convulsions des membres, le renversement de la tête en arrière, coïncidant avec un assoupissement plus ou moins profond.

199. Nous allons passer actuellement à l'examen de l'arachnitis des ventricules ; nous allons voir que cette inflammation ne se borne presque jamais à ces seules cavités de l'encéphale, et que, dans la plupart des cas, les diverses autres régions de l'arachnoïde y prennent part: aussi est-ce pour applanir les difficultés dans ces nouvelles recherches, que nous avons traité de la base immédiatement après la convexité, afin de posséder le plus de connaissances possibles, et d'être plus à même de distinguer les nouveaux phénomènes qui pourraient appartenir à l'arachnitis des ventricules, de ceux qui nous ont été fournis par les autres régions, si toutefois cette région de l'arachnoïde enflammée a des caractères qui lui sont propres.

§ III. *Arachnitis des ventricules.*

200. Si nous sommes parvenus jusqu'ici, à déterminer les caractères qui distinguent l'arachnitis de la convexité de celle qui affecte la base, nous sommes obligés d'avouer que nos recherches sont beaucoup moins satisfaisantes, relativement à celle qui se développe dans les venticules. En effet, cette dernière arachnitis se trouvant dans le plus grand nombre des cas, combinée à celle de la base et très-souvent même à celle de la convexité en même tems, il devient très-difficile de reconnaître les symptômes qui lui

sont propres. Nous n'avons pas été cependant sans l'observer bornée aux seuls ventricules, et nous nous sommes assurés qu'aucun signe particulier, aucune manière d'être, ne pouvait la faire distinguer de celle qui est propre à la base : ce sont toujours la céphalalgie, des vomissemens, le renversement de la tête et les différens spasmes des membres, l'assoupissement, la constipation et quelquefois le manque de fréquence du pouls, tous symptômes que nous avons déjà vus appartenir à l'arachnitis de la base. Le petit nombre de sujets chez lesquels nous l'avons rencontrée seule, nous donne lieu de penser qu'elle est due à la violence de la cause arachnitique, et peut-être aussi à une susceptibilité particulière de la séreuse de ces cavités. La violence de la cause détermine l'inflammation de tout l'ensemble de la séreuse, tandis que la susceptibilité individuelle détermine l'arachnitis des ventricules. Dans le plus grand nombre des cas où cette phlegmasie est intense et fort étendue, la membrane des ventricules n'y prend nulle part, son exhalation seule est augmentée.

Les faits que nous allons citer, comme ceux que chacun peut observer dans sa pratique particulière, confirmeront ce que nous venons de dire sur l'arachnitis des ventricules.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis légère des ventricules latéraux.—Sérosité dans ces cavités.

Un marchand du Temple, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution nerveuse, ayant le teint pâle et les cheveux blonds, éprouvait un fort rhume depuis le commencement de septembre 1817. Dans les premiers tems, il n'y fit que peu d'attention et n'en continua pas moins à s'exposer aux injures du tems. Vers les premiers jours d'octobre il survint du dévoiement et bientôt des vomissemens abondans de mucosités, lesquels continuèrent jusqu'au moment où il fut conduit à l'Hôtel-Dieu, le 18 octobre.

La poitrine ayant été explorée, parut donner un son mat en avant ; il y avait de la toux, une expectoration abondante, la face était décolorée et le sujet paraissait dans un état de morosité. On crut à l'existence d'une pneumonie latente, et l'on prescrivit en conséquence une saignée et douze sangsues sur la région inférieure et droite du thorax qui était sensible.

Les vomissemens continuèrent tous les jours suivans ; mais en général on ne portait que peu d'attention à ce malade qui, sauf un état de langueur et d'abattement, ne paraissait pas grave-

ment affecté. — Des sangsues furent appliquées à différentes reprises.

Dans la soirée du 23, il se plaint de céphalalgie; les réponses deviennent incohérentes, et la nuit, au dire de ses voisins, il eut du délire.

Troisième période. — Le 24 : perte de connaissance complète ; sensibilité générale très-diminuée, mais permettant encore de sentir le pincer; convulsions générales des membres et de la face, avec des intervalles de courte durée; renversement de la tête en arrière ; paupières couvrant à moitié le globe des yeux qui est renversé en haut ; la paupière gauche est presque complétement paralysée. — Saignée.

Le 25 : continuation des convulsions avec rigidité; elles ont lieu particulièrement dans certains momens ; alors les muscles du col deviennent roides ainsi que ceux des machoires ; contraction forte des doigts de la main droite, de sorte qu'ils se trouvent enfoncés dans la paume de la main ; mouvemens spasmodiques d'élévation et d'abaissement du larynx ; chaleur générale peu élevée ; pouls fréquent; écume à la bouche; langue sèche; respiration stertoreuse. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères, paraissait rouge au premier aspect ; elle était injectée ; mais après avoir été lavée, on s'assura qu'elle était dans un

état sain, ne présentant ni épaississement ni rougeur, ni opacité; elle était couverte de sérosité peu abondante.

2°. Les ventricules latéraux contenaient à peu près deux onces et demie d'un liquide transparent sans flocons et limpide : mais l'arachnoïde qui les tapisse nous parut présenter un léger état peu pulvérulent. — Le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moëlle allongée étaient dans leur état naturel. — Tubercules dans le sommet des poumons. — Muqueuse gastrique rosée, contenant un mucus abondant. — Intestins sains.

201. Ce fait se rapproche beaucoup de l'arachnitis des enfans, tant par la manière brusque avec laquelle éclatèrent spontanément les symptômes de cette maladie, que par la qualité de ces mêmes symptômes. En effet, une perte de connaissance accompagnée de convulsions générales des muscles de la face et des membres, survient presqu'inopinément après quelques heures de délire. Comme ce dernier symptôme, le délire, eut lieu pendant la nuit, et que nous n'en eûmes connaissance que par le dire des voisins du malade, on peut très-bien penser que les différens spasmes ont apparu en même tems que lui, ce qui nous représente alors une troisième période survenant pendant le cours d'une première ; en effet, nous pensons qu'il existait déjà chez ce

sujet une arachnitis des ventricules, assez légére à la vérité pour qu'une partie de ses caractères ne fût point ou presque point sensible, mais à laquelle cependant doivent être rapportés les vomissemens qui avaient lieu depuis près de quinze jours, et peut-être l'état de morosité du sujet. Nous observerons, par rapport à cet état latent de la première période, qu'il existait une phthisie pulmonaire, et que les complications thoraciques ou abdominales masquent une partie des phénomènes arachnitiques, comme on s'en assurera à l'article des complications non cérébrales. Nous ne voulons point décider si c'est à l'exhalation spontanée de la sérosité trouvée dans les ventricules, ou seulement si c'est à une irritation, à un nouveau mode de sensibilité développé subitement dans l'encéphale, et dont la cause première paraît appartenir à la phlegmasie préalable de la séreuse de ces cavités, que doit être attribuée l'explosion des accidens du 24 octobre; nous croyons que l'une et l'autre causes peuvent y être pour beaucoup, d'après la ressemblancequi existe entre cette attaque et celle que l'on observe dans la simple hydropisie des ventricules, dans l'arachnitis de la base et dans les épilepsies.

202. Nous remarquerons en outre que chez ce malade, le renversement de la tête en arrière,

n'exista avec aucune suppuration de la base, et que l'état de contraction avec rigidité, beaucoup plus prononcé à la main droite, ne s'accompagna d'aucune lésion partielle.

Dans le fait suivant nous allons voir la première période bien dessinée, et le passage aux suivantes assez distinct.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis des ventricules latéraux. — Sérosité abondante dans ces cavités.

Loisier Estelle, âgée de huit ans, était sujette à des épistaxis qui étaient encore devenus plus fréquents depuis un mois.

Première période. — Dans les premiers jours de décembre, l'enfant commença à se plaindre de la tête. Le 13 décembre, la céphalalgie augmente, il survient des vomissemens. Le 14: augmentation de la céphalalgie; insomnie; face rouge, animée; yeux vifs; constipation; ventre sensible au toucher; vomissemens glaireux; agitation : le 17 on la conduit à l'Hôpital des Enfans.

Le 17 décembre : tendance à l'assoupissement; cris fréquens; pédiluves sinapisés; diminution de la céphalalgie; dans la journée, quatre sangsues derrière les oreilles; nouvelle diminution de la douleur de tête; assoupissement moindre. Retour de l'assoupissement; la nuit, agitation.

Le 18 : légère altération des facultés intellectuelles ; réponses peu faciles ; moins de céphalalgie ; mais toujours assoupissement ; chaleur de la peau peu élevée ; pouls lent ; langue chargée ; constipation ; cris. — Sinapismes aux pieds ; glace sur la tête en même tems ; potion avec éther ; infusion de tilleul, liqueur d'Hoffmann. — Diminution de l'assoupissement ; rémission momentanée des autres symptômes ; roideur du col ; parole difficile ; évacuation spontanée, la nuit : diminution sensible de l'assoupissement et de l'affaissement.

Le 19 : état tout-à-fait satisfaisant ; retour de la raison ; parole facile ; pouls un peu fréquent et intermittent ; urines troubles, sédimenteuses. — Limonade nitrique avec liqueur d'Hoffmann ; pédiluves sinapisés. — Continuation du mieux ; la petite malade demande à manger ; on lui accorde quelques cuillerées de bouillie. Le soir, la tendance à l'assoupissement et la roideur du col reparaissent, mais à un faible degré, ce qui n'empêche pas la nuit d'être très-bonne.

Le 20 : état satisfaisant : nul symptôme cérébral, sauf un ton brusque en parlant. Le soir, roideur du col, chaleur à la peau.

Le 21 : très-bien ; vers le milieu du jour l'enfant se plaint d'une douleur au sommet de la tête et à la partie postérieure du col ; rougeur de la face ; chaleur de la peau.

Le 22 : même état. — Quatre sangsues au fondement; pédiluves sinapisés. — Dans la journée les symptômes s'améliorent.

Deuxième période. — La nuit, céphalalgie ; loquacité ; délire ; agitation vive.

Le 23 : Le délire et l'agitation continuent; paroles sans liaison ; plaintes dans lesquelles elle accuse une douleur de tête ; accablement. — Sinapismes aux pieds; tilleul orange.

Le 24, 25 et 26 : même état; nulle amélioration ; céphalalgie toujours vive; agitation violente ; pouls fréquent, petit et serré ; visage rouge ; peau chaude ; ventre très-libre. — Vésicatoires aux cuisses ; deux sangsues derrière chaque oreille; Julep avec sirop diacode.

Le 27 : parole plus difficile ; prostration plus considérable.

Le 28 et le 29 : l'assoupissement augmente de telle sorte, que la malade ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse. — Vésicatoire derrière une oreille.

Troisième période. — Le 30 : même état. — Vésicatoire derrière l'autre oreille. — Vers quatre heures ; perte complète de connaissance ; renversement de la tête en arrière ; mouvemens irréguliers des bras ; yeux immobiles tournés en haut ; pupilles extraordinairement dilatées, non contractiles ; pouls fréquent, intermittent et faible ; face rouge ; respiration gênée.

Le 31 : affaissement général ; face violacée ; respiration stertoreuse. Mort paisible dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. Circonvolutions cérébrales aplaties. Les ventricules latéraux très-distendus, contenaient quatre à cinq onces d'une sérosité limpide ; la portion d'arachnoïde qui les tapisse *avait pris en épaisseur et en résistance, au moins le double de ce qu'elle offre dans l'état naturel.* — La substance cérébrale avait sa consistance ordinaire. — Les deux poumons étaient gorgés de sang et offraient quelques points d'induration, vers leur bord postérieur. — Anciennes adhérences des intestins, et quelques traces d'affection chronique de la muqueuse.

(*Observation communiquée par le* Dr. *Legouais.*)

L'Observation 98 présente un fait semblable.

203. Nous retrouvons encore ici les vomissemens qui survinrent quelques jours après la céphalalgie. L'agitation générale, la tendance à l'assoupissement, la constipation, le manque de fréquence de pouls, sont des symptômes trop éminemment cérébraux, pour ne pas les regarder comme dépendans de l'arachnitis des ventricules démontrée par l'autopsie. Un traitement antiphlogistique et dérivatif, arrête et dissipe ces accidens, et la malade jouit pendant près de trois

jours d'un état des plus satisfaisans, lorsque le soir du 19 l'assoupissement reparaît, et la roideur du col, quoi qu'à un faible degré, se réveille de nouveau. La journée du 20 se passe encore assez bien; mais le lendemain la céphalalgie se fait sentir, le délire se développe, les symptômes comateux augmentent de jour en jour jusqu'au 30, époque où les phénomènes spasmodiques éclatent et annoncent une fin prochaine : certes, ici on ne peut se méprendre sur la forme et la marche de l'arachnitis de la base, avec laquelle, celle-ci a les rapports les plus intimes; en effet, il serait bien difficile, de les distinguer l'une de l'autre : même céphalalgie, mêmes vomissemens dans la première période, même tendance à l'assoupissement dans la seconde, enfin même état spasmodique, combiné à un coma profond dans la troisième. Chez cette petite malade nous ferons observer qu'il y eut de la loquacité et un délire réel, ce qui ne se remarque pas ordinairement dans l'arachnitis de la base; mais quelle conclusion pouvons nous tirer d'un seul fait, d'un seul symptôme observé une seule fois, en faveur du délire, comme pouvant appartenir à l'arachnitis des ventricules? aussi le négligeons nous dans les caractères de la phlegmasie de cette dernière région, que nous assimilons entièrement à la base.

Les histoires suivantes nous offriront l'arach-

nitis des ventricules coïncidant avec l'inflammation des divers autres régions de la séreuse céphalique. L'on peut encore consulter les observations 78, 88, 92, 96, 101, 106, 134.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, de la base et des ventricules latéraux. — Sérosité floconneuse dans ces cavités.

Un enfant de neuf ans, d'une bonne constitution, affecté de scrophules, portait depuis plusieurs années, une dartre à la cuisse.

Première période. — Le 9 août 1817, vomissemens spontanés.

Le 10 et le 11 : continuation des vomissemens.

Deuxième période. — Le 12 : invasion subite de mouvemens convulsifs des bras; trouble intellectuel; agitation générale; pupilles immobiles; paupières fermées; grincemens de dents; trismus; cris aigus; sensibilité générale diminuée; pouls sans fréquence sensible; constipation. — Décoction de quinquina, potion avec camphre et musc; vésicatoire à la nuque; glace sur la tête; pédiluves. — Cessation des convulsions et des grincemens de dents; augmentation de l'assoupissement.

Le 13 : diminution générale de tous les symp-

tômes ci-dessus relatés, cependant nulle réponse du malade quoi qu'il paraisse entendre ce qu'on lui dit. — Traitement *id.*; lavement avec quinquina et camphre.

Le 14 : perte totale de connaissance; coma profond; mouvemens convulsifs des membres; cris aigus. — Vésicatoires aux cuisses.

Le 15 : même état; coma toujours profond.

Troisième période. — Le 16 : décomposition des traits de la face; carphologie; affaissement considérable. — Sinapismes.

Le 17 : véritable état adynamique; cependant le malade entend et montre sa langue, mais il est dans une impossibilité absolue de parler; cris perçans; pouls très-fréquent, filiforme; bouche sèche.

Le 18 : mort précédée de quelques mouvemens convulsifs.

Ouverture du cadavre. — 1°. Rougeur de l'arachnoïde qui recouvre les hémisphères cérébraux.

2°. La portion qui tapisse le carré des nerfs optiques et la protubérance cérébrale était épaissie opaque et recouverte d'une concrétion gélatineuse, membraniforme, verdâtre.

3°. Les circonvolutions du cerveau étaient aplaties. L'arachnoïde des ventricules latéraux était également recouverte d'une sorte de mem-

brane grise et assez épaisse. Une assez grande quantité de sérosité floconneuse et blanchâtre distendait ces cavités. — Tubercules miliaires des poumons. — Engorgement des glandes mésentériques.

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, de la base et des ventricules latéraux. — Pus dans ces cavités.

Un enfant de cinq ans, bien portant est pris de convulsions le 21 novembre 1817. Cet accident de courte durée est attribué à la dentition.

Le 22 : oppression toute la journée; le soir coma qui cède au bout de quelques heures, à l'emploi des sangsues et des purgatifs.

Le 23 et le 24 : le malade est gai et n'offre que quelques tressaillemens involontaires.

Dans la nuit du 24, il est pris de convulsions qui se renouvellent à diverses reprises et il meurt le matin de bonne heure.

Ouverture du cadavre. — 1°. Entre l'arachnoïde et la pie-mère, existait une couche de matière jaune étendue sur toute la surface supérieure du cerveau, entre les hémisphères et sur le cervelet.

2°. Autour des nerfs optiques et sur la moëlle allongée, on trouva également un épanchement gélatineux.

3°. Les ventricules contenaient environ une once de pus et leurs parois étaient évidemment ramollis. (Dr. *Abercrombie*).

La première période de cette observation n'a pas été observée ; les autres sont remarquables par les différentes rémissions qui eurent lieu. Il est à regretter qu'elle ne soit pas décrite avec plus de détails.

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et des ventricules.— Sérosité purulente dans ces cavités.

François D....., âgé de cinquante ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, travaillant à de rudes travaux sur le port au vin, eût au commencement de 1817 une péripneumonie du côté droit, dont il fut traité à l'Hôtel-Dieu.

Première période. — Huit mois après, s'étant exposé au froid, il est pris de céphalalgie avec frissons, toux, douleur de côté et crachement de sang.

Le quatrième jour : amené à l'Hôtel-Dieu, il était dans l'état suivant : céphalalgie sus-orbitaire ; face animée ; respiration des plus difficile ; toux ; crachement de sang ; douleur du côté

droit ; peu de différence entre le son des deux côtés du thorax ; chaleur de la peau. — Saignée de six palettes.

Cinquième jour : diminution des symptômes thoraciques ; côté droit mat à la percussion. — Saignée ; sérum.

Sixième et septième jour : amélioration générale ; expectoration abondante, non sanguinolente.

Huitième jour : vésicatoire sur le côté, vu la douleur qui ne cesse pas.

Neuvième jour : retour du sang dans les crachats.

Dixième jour : poitrine plus mate à droite. — Saignée.

Onzième, douzième, treizième, quatorzième, quinzième jour : symptômes généraux satisfaisans, cependant continuation du point de côté et des crachats sanguinolens.

Le seizième jour : le malade tombe dans la tristesse ; symptômes généraux *id.* ; la diarrhée s'arrête ; la peau devient chaude et le pouls prend de la fréquence.

Le dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième jour : même état de tristesse et d'abattement ; décubitus à droite ; côté droit mat. — Saignée.

Le soir le malade ne répond plus ; face animée ; peau chaude ; respiration laborieuse ; pouls dur

et fort; roideur des membres; odeur cadavéreuse. — Saignée.

Le vingtième jour : face pâle ; pommettes rouges ; trouble complet des facultés intellectuelles ; carphologie ; soubresauts des tendons ; battemens désordonnés du cœur et des veines jugulaires ; pouls fort et dur ; respiration pénible. — Saignée du pied ; douze grains de musc ; vésicatoires aux cuisses. — Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation et épaississement considérable de toute la surface de l'arachnoïde qui tapisse les hémisphères du cerveau, avec sérosité purulente, et pus répandu sur toute cette membrane.

2°. Cet épanchement était plus considérable à la base du cerveau.

3°. Ventricules latéraux dilatés, remplis d'une grande quantité de sérosité purulente : la membrane qui les tapisse était rouge, injectée et présentait des granulations à sa surface.

— Hypersarcose du cœur ; dilatation des ventricules, avec ossification de leurs valvules. — Induration et hépatisation complètes du poumon droit qui contient quelques tubercules et adhère de la manière la plus intime avec la plèvre costale. — Le poumon gauche est d'un rouge vif, mais crépitant ; on y trouve quelques tubercules. — Viscères de l'abdomen sains, sauf

le colon qui présente en quelques endroits, des plaques rosées et de petites ulcérations.

204. Voici un nouvel exemple de l'état latent de l'arachnitis, lorsque cette phlegmasie se complique d'une autre lésion grave : ici c'est une péripneumonie du côté droit. L'affection céphalique ne s'exprime que par un état de tristesse, d'affaissement développé seulement sur la fin de la maladie ; nous rappelerons cependant, que la céphalalgie qui eut lieu dans le principe, pouvait encore faire porter la vue de ce côté ; mais de quelle utilité pouvait devenir la connaissance de l'arachnitis, à une époque où tout annonçait la mort du malade.

Dans les trois observations suivantes, on trouvera la phlegmasie des ventricules, coexistant avec celles de la convexité et de la base, les symptômes propres à ces diverses régions se trouvant d'autant plus prononcés que l'inflammation à laquelle ils appartiennent, le sera davantage.

CINQUANTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, de la base et des ventricules latéraux.—Sérosité trouble dans ces cavités.

Première période. — Une femme de vingt-huit ans, d'une constitution assez forte, est prise, sans cause connue, d'une céphalalgie violente

et quelque tems après de douleurs dans le ventre, lesquelles s'accompagnent de dévoiement. Le neuvième jour on la conduit à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième période. — Neuvième jour : délire furieux ; réponses inintelligibles ; plaintes continuelles ; agitation ; mouvemens continuels de la tête à droite et à gauche ; langue blanche ; déglutition très-difficile ; ventre rétracté ; peau chaude ; respiration fréquente ; face animée ; air sombre et rêveur.

Dixième jour : même état. — Dix-huit sangsues sur le ventre. — Quelques heures après, état de calme général ; cessation des mouvemens de la tête. Interrogée, la malade répond constamment qu'elle souffre de la tête et du ventre ; les autres réponses sont vagues et mal articulées ; état de stupeur de la face. — Sinapismes aux pieds ; fomentations sur le ventre ; une once d'huile de ricin. — Le soir, l'agitation cesse et elle répond juste à toutes les questions.

Le onzième jour : continuation de la céphalalgie ; réponses incertaines ; difficulté de trouver l'expression ; douleur à la pression dans la région de l'hypocondre droit

Douzième jour : continuation des mêmes symptômes ; agitation générale ; dévoiement abondant ; pouls fréquent, dur ; chaleur forte ; peau sèche.

Treizième jour : délire la nuit ; le matin elle se plaint de la tête et du ventre. — Sérum ; lavemens ; fomentations.

Troisième période. — Quatorzième jour : face pâle, terne ; traits affaissés ; yeux renversés en haut ; strabisme ; agitation des membres supérieurs ; de tems en tems mouvemens convulsifs de tout le corps ; hoquet ; langue sèche ; respiration bruyante. — Douze sangsues aux tempes ; douze à la région iliaque droite ; sinapismes.

Quinzième jour : même état ; pouls dur, développé ; — saignée de trois palettes ; glace pilée sur la tête ; bain avec affusions.

Seizième jour : la malade paraît encore distinguer les objets ; tête fortement renversée en arrière ; yeux mobiles ; rougeur de la face ; respiration fréquente, difficile, bruyante ; hoquet ; pouls vif et dur. — Glace sur la tête. — Mort le soir.

Ouverture du cadavre. — 1°. Rougeur et injection de toute l'arachnoïde qui revêt la partie supérieure du cerveau, ainsi que du feuillet de cette membrane qui tapisse la partie correspondante de la dure-mère, mais sans épaississement notable : sur l'un et l'autre hémisphère, les deux lames de la séreuse sont unies entr'elles, par une légère exsudation, par des petits filamens qui se déchirent lorsqu'on exerce sur eux une légère contraction.

2°. A la base du cerveau vers l'entrecroisement des nerfs optiques, l'arachnoïde est blanche opaque, plus épaisse et plus consistante que dans l'état naturel.

3°. Les ventricules latéraux contiennent une assez grande quantité de liquide blanchâtre, trouble, semblable à du petit lait non clarifié; la membrane qui les tapisse est rouge et parsemée de vaisseaux sanguins, mais parfaitement lisse à l'œil et au doigt.

— En retirant le cerveau du crâne, il s'est écoulé du canal vertébral un liquide comme purulent, mais en très-petite quantité. — Cerveau, cervelet, protubérance dans l'état naturel.

— Quelques tubercules dans les poumons. — Muqueuse gastrique rougeâtre vers le grand cul de sac. — Pareille rougeur du cœcum et de la muqueuse vésicale.

Les mouvemens de la tête à droite et à gauche, paraissent devoir ici être attribués à la suppuration du commencement de l'arachnoïde spinale.

CINQUANTE-UNIEME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, de la base et des ventricules. — Sérosité lactescente dans ces cavités.

Taisant, âgé de cinquante-un ans, d'une cons-

titution très-forte, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 juin 1817.

Depuis dix-huit mois, cet homme était plongé dans le plus violent chagrin, occasionné par la perte d'une place avantageuse ; il dormait presque toujours, et depuis un an, il avait même les facultés intellectuelles un peu troublées. Examiné le jour de son entrée, il était dans l'état suivant :

Vingt-sept juin : face rouge ; yeux ternes, injectés ; paupière droite plus abaissée que la gauche ; bouche légèrement déviée à gauche ; langue dans la direction naturelle, rouge, crouteuse et sèche ; assoupissement ; nulle réponse lorsqu'on l'interroge ; loquacité par moment ; mouvemens spasmodiques et tremblement des bras et des doigts ; soubressauts des tendons ; il serre également des deux mains ; abdomen sensible à la pression. — Saignée du bras ; vingt sangsues sur le ventre.

Le 28 : léger délire de loin à loin ; du reste même état comateux et spasmodique. — Saignée du pied ; huit sangsues derrière chaque oreille ; seize sur le ventre.

Le 29 : facultés intellectuelles libres, mais ne pouvant être mises en jeu, qu'avec une extrême lenteur ; réponses souvent incertaines ; la bouche n'est plus déviée à gauche ; langue toujours sèche ;

ventre douloureux ; accumulation des urines dans la vessie. — Sérum ; sinapismes ; cathétérisme.

Le 30 : amélioration sensible ; assoupissement qui paraît lui être habituel ; chaleur, respiration, pouls dans l'état naturel ; constipation.

Le 1er. juillet : continuation du mieux ; ventre douloureux, ce qui paraît tenir au meilleur état des facultés intellectuelles qui lui permettent de percevoir les sensations. — Huile de ricin.

Le 2 : point de changement. — Huile de ricin.

Le 3 : état général de stupeur ; réponses embarrassées et moins justes que la veille ; il serre avec les deux mains, qui depuis plusieurs jours ne sont plus agitées de mouvemens convulsifs ; ventre et épigastre douloureux ; langue rouge, sèche, rugueuse ; longs soupirs.

Le 4 : anéantissement complet des facultés intellectuelles ; nulle réponse aux questions qu'on lui adresse : il paraît souffrir lorsque l'on comprime l'épigastre, et tire la langue lorsque l'on frappe sur le menton. Point de fréquence au pouls ; chaleur naturelle ; affaissement de tous les traits de la face. Mort la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde qui recouvre les hémisphères du cerveau, était épaissie et plus résistante que dans l'état naturel : entr'elle et la pie-mère existait une exsudation de

sérosité en partie épaissie et sous la forme de gelée; cette exsudation prenait l'aspect puriforme sur les faces latérales du cerveau, et surtout à la base du lobe moyen, où cet état était beaucoup plus prononcé et où la membrane était beaucoup plus dense.

2°. Dans l'intérieur des ventricules latéraux, qui étaient très-dilatés par de la sérosité lactescente, l'arachnoïde était rugueuse, couverte dans toute son étendue de petits tubercules brillans, comme des grains de sable très-fins, semblables à ceux que l'on trouve à la suite des pleurésies et des péritonites chroniques. Le troisième et le quatrième ventricules en étaient également couverts, ce qui donnait à toute cette membrane un aspect chagriné.

— La muqueuse de l'estomac et des intestins grêles était épaissie, et partout d'un rouge brun ou grisâtre.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis des parties latérales, de la base et des quatre ventricules.—Sérosité floconneuse dans ces cavités.

Un homme de quarante-six ans, d'un tempérament sanguin, adonné aux boissons spiritueuses, éprouve de vifs chagrins.

Le 14 août, il se plaint d'un malaise général, de coliques, d'une douleur assez vive au front et à l'occiput, laquelle s'accompagne de surdité de l'oreille gauche et de soif, sans chaleur de la peau ni fréquence du pouls. — Lavement. — Nuit agitée.

Le 15, deuxième jour : la céphalalgie se concentre vers le front ; des évacuations abondantes font cesser les coliques. — Application sur la tête de compresses trempées dans de l'eau froide ; pédiluves. — A trois heures de l'après midi, mouvemens convulsifs spontanés ; renversement des yeux ; délire violent ; vociférations. A huit heures, cessation des cris ; soubressauts des tendons ; roideur des membres ; sensibilité au pincé ; nulles réponses ; respiration tranquille, par fois suspirieuse. A dix heures pouls sans fréquence, régulier ; face ni pâle ni injectée ; chaleur naturelle ; régurgitation de la boisson. — Lavement antispasmodique ; sinapismes aux pieds. — Même état la nuit.

Le 16 : entre huit et neuf heures, il recouvre momentanément connaissance, il indique la poitrine, comme étant la plus affectée. A dix heures et demie, assoupissement profond ; hoquet ; vomissement de matières jaunâtres. A midi on le transporte à la charité. — Saignée du pied. — On croit observer moins de signes de sensibi-

lité du côté droit et une plus grande dilatation de la pupille gauche ; respiration fréquente, laborieuse ; mucosités écumeuses dans la bouche ; pouls intermittent. Mort à huit heures du soir.

Ouverture du cadavre. — 1°. Les méninges injectées offraient à la face inférieure et sur les côtés du cerveau des traces d'une inflammation manifeste. Une matière puriforme tirant sur le jaune et sur le vert, tenant le milieu pour la consistance, entre les liquides et les solides, était interposée entre l'arachnoïde et la pie-mère. L'inflammation s'étendait à toute l'arachnoïde de la moëlle allongée.

2°. Les ventricules latéraux contenaient chacun, deux à trois onces d'un liquide louche, semblable à du petit lait clarifié, dans lequel nageaient quelques concrétions albumineuses ; un liquide semblable, mais en petite quantité occupait le troisième et le quatrième ventricules. — L'arachnoïde spinale était saine.

— Poumons sains. — Estomac contenant sept à huit onces d'un liquide trouble et brunâtre. légère rougeur de la portion de la muqueuse qui avoisine le cardia.

(*D*r. Chomel. *Journal de Médecine.*)

§ IV. *Arachnitis générale.*

205. Le diagnostic de l'arachnitis augmente de difficulté, lorsque l'inflammation envahit une grande étendue de la surface de la sérense qui en est le siége : alors les symptômes se combinent de différentes manières, selon la prédominance du lieu enflammé. Ainsi, lorsque la phlegmasie domine sur la convexité des hémisphères cérébraux, ou ce qui s'y rattache essentiellement, lorsqu'elle existe sur les parties latérales de ces mêmes hémisphères, les symptômes se rapportent principalement à ceux que nous avons assignés à cette région, à la convexité; lorsqu'au contraire c'est vers la base que l'inflammation est la plus intense, la forme comateuse chez les adultes, et la forme spasmodique chez les enfans, se prononce davantage. Nous n'avons pas observé que l'inflammation générale, fut suivie d'une mort plus prompte que lorsque la phegmasie est bornée à la seule convexité ou à la base.

L'inflammation générale appartient spécialement aux adultes, et quoique nous ne citions pas dans cet article, plus d'adultes que d'enfans, on n'a qu'à jeter un coup-d'œil sur la masse des faits dont se compose cet ouvrage, pour s'assurer que ces derniers ne présentent presque jamais l'arachnitis de la convexité jointe à celle de la base,

ce qui est au contraire excessivement commun chez les premiers. L'inflammation des ventricules rentre essentiellement dans celle de la base comme nous l'avons vu précédemment. Il nous suffira donc de quelques faits pour prouver des propositions que la plus grande partie de nos observations confirment.

CINQUANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la face interne des hémisphères cérébraux et de la base. — Sérosité dans les ventricules.

Première période. — Montant, âgé de quatorze ans, éprouvait depuis trois semaines, de la toux et de la céphalalgie, lorsqu'il fut conduit à l'Hôpital des Enfans. Quelques jours après, il est pris de vomissemens spontanés : le lendemain, face colorée ; yeux sensibles à la lumière surtout le gauche, ce qui existe depuis cinq à six jours ; céphalalgie très-forte ; symptômes gastriques. — Douze sangsues à l'épigastre ; boissons délayantes. — Le soir, augmentation de la céphalalgie.

Deuxième période. — Le 3 mai : Insomnie ; céphalalgie plus forte ; face rouge ; tendance à l'assoupissement ; chaleur naturelle. — Emulsion camphrée avec liqueur d'Hoffmann. — Assoupissement toute la journée ; délire la nuit.

Le 4 : assoupissement continuel ; rougeur des yeux ; point de délire ; pouls à peine fréquent. Délire la nuit.

Le 5 : dilatation des deux pupilles qui sont peu contractiles ; plaintes. — Emulsion camphrée ; vésicatoire à la nuque ; sinapismes dans la journée. — Agitation ; délire fort ; trismus ; constipation. Le soir, état comateux ; carphologie ; augmentation de la dilatation des pupilles.

Troisième période. — Le 6 : coma profond ; tête renversée en arrière ; cris plaintifs ; agitation. — Glace sur la tête ; frictions mercurielles sur cette région.

Le 7 : yeux ternes, avec stries muqueuses ; pupilles contractées, dans d'autres momens, dilatées, quelquefois insensibles ; pouls sans fréquence bien marquée. — Calomélas ; frictions camphrées. — Le soir, pupille droite moins dilatée que la gauche.

Le 8 : mort à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre. — 1°. Epaississement et adhérence récente de l'arachnoïde qui tapisse la face interne des hémisphères cérébraux.

2°. Epaississement, opacité de la portion qui recouvre la protubérance annulaire et les parties voisines.

3°. Dans les ventricules latéraux qui contiennent deux onces de sérosité environ, cette mem-

brane présente de petits points blanchâtres comme des têtes d'épingles. Elle est un peu plus dense que dans l'état naturel.

— Adhérences anciennes des plèvres. — Estomac dans l'état naturel. — Rougeur de plusieurs points de la muqueuse des intestins grêles, qui dans quelques autres, offre des granulations.

206. Ce malade nous présente tous les symptômes que nous avons donnés comme appartenant à l'arachnitis de la base, et en effet, la phlegmasie de cette région est celle qui domine de beaucoup sur les autres. Quant au délire qui eut lieu dans la journée du cinq, et qui avait déjà paru dans la nuit du trois au quatre, il se rapporte pour nous, à l'inflammation de la face interne des hémisphères.

Les trois périodes sont assez bien dessinées et assez distinctes. La première commence avec la céphalalgie et se caractérise par ce symptôme, par les vomissemens et par l'irritabilité des yeux. la deuxième débute avec l'assoupissement : le délire, la dilatation des pupilles, l'agitation, le trismus en sont les principaux phénomènes ; la troisième est exprimée par le coma profond, le renversement de la tête, etc.

207. Nous ferons remarquer deux symptômes particuliers dans cette observation : la différence dans la dilatation des pupilles, et leur contrac-

tion le même jour, sans que l'autopsie n'ait rien démontré qui puisse les motiver. Ceci rentre encore dans ce que nous avons dit, relativement au peu de valeur de ce symptôme, lorsqu'il n'est que passager. Nous remarquerons aussi la rareté du pouls, caractère assez fréquent de l'arachnitis de la base. L'arachnoïde des ventricules paraît ici avoir éprouvé une inflammation qui datait déjà de quelque tems.

CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. Sérosité trouble dans les ventricules.

Une femme de vingt-trois ans, contracte une maladie syphilitique qu'elle néglige pendant assez long-tems, mais dont elle finit par se faire traiter à l'hôpital des Vénériens.

Première période. — Peu de tems après sa sortie, elle est prise de céphalalgie qui pendant trois jours ne fait qu'augmenter.

Le troisième jour elle entre à l'hôpital ; elle était dans l'état suivant :

Deuxième période. — Troisième jour : céphalalgie occupant toute la région frontale et temporale droite ; lenteur très-grande dans les réponses ; renversement de la tête en arrière ; langue chargée ; anorexie ; constipation ; respira-

tion profonde et libre. — Trois grains d'émétique qui font beaucoup vomir et soulagent la tête : mais la céphalalgie ne tarde pas à reparaître. Les pupilles se dilatent et sont peu contractiles.

Jusqu'au huitième jour, les symptômes restent à peu près les mêmes. — Pendant ce tems on applique à diverses reprises des sangsues au col, aux genoux et aux pieds ; on donne le petit lait émétisé, on fait une saignée du pied et l'on applique un vésicatoire à la nuque, et des sinapismes aux jambes.

Le neuvième jour : augmentation de tous les symptômes. — Quinze sangsues au col ; frictions avec demi-once d'onguent mercuriel ; vésicatoire sur la tête ; sinapismes.

Troisième période. — Le dixième jour : nulle réponse ; la malade ne peut nullement se mettre en rapport, elle montre cependant encore sa langue ; la tête se renverse davantage en arrière. Le soir, strabisme ; pupilles immobiles. — Traitement *id.*

Le onzième jour : même état. — Petit lait émétisé ; frictions mercurielles. — Toute la nuit, flux de salive. La respiration devient stertoreuse ; l'insensibilité et l'immobilité deviennent complètes. Mort le douzième jour au matin.

Ouverture du cadavre. — 1°. Vaisseaux de la tête gorgés de sang.

2°. Les deux feuillets de l'arachnoïde qui recouvrent les hémisphères du cerveau, étaient adhérens l'un à l'autre, au moyen d'une espèce de fausse membrane.

3°. Dans une étendue égale à la largeur du petit doigt, la portion qui recouvre le procès vermiculaire supérieur du cervelet était évidemment infiltrée d'une matière puriforme demi-concrète et jaunâtre.

4°. Les circonvolutions cérébrales étaient effacées: les ventricules latéraux contenaient chacun, une once et demie de sérosité légèrement trouble et comme laiteuse. — Les plexus choroïdes étaient pâles et macérés. — Le cerveau et ses annexes étaient sains : le prolongement rachidien ne fut pas examiné.

— Poumons tuberculeux. — Rougeur écarlate de la membrane interne de l'artère pulmonaire et des valvules sygmoïdes.--Rougeur du grand cul de sac de l'estomac. — Ulcérations variées de la muqueuse de l'intestin grêle. — Glandes mésentériques tuméfiées, emphysémateuses.

(Dr. MAZET. *Dissertation.*)

CINQUANTE-CINQUIEME OBSERVATION.

Arachnitis de la base et de la convexité. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Première période. — Isambert, menuisier,

âgé de soixante-cinq ans, d'une forte constitution, garda une journée entière ses vêtemens mouillés par la pluie ; deux jours après, le 8 janvier 1817, frissons assez développés ; céphalalgie intense ; soif ardente.

Le quatrième jour : entré à l'Hôtel-Dieu, dans l'état suivant :

Céphalalgie générale très-vive ; face très-rouge, semblable à celle d'un homme ivre ; fièvre violente ; la partie postérieure et supérieure droite du thorax rendait un son obscur à la percussion ; pas de toux remarquable. — Douze sangsues derrière les oreilles, et sur le côté droit du thorax ; sérum ; sinapismes aux pieds ; après les sangsues une large saignée du bras fut pratiquée.

Deuxième période. — Le cinquième jour : céphalalgie un peu moins vive ; abattement ; assoupissement dont on retire le malade avec assez de facilité ; légère obscurité de l'entendement ; face moins rouge ; traits de la face tirés à droite ; parole embarrassée ; pouls moins résistant, irrégulier intermittent ; langue sèche et brune à son centre. — Camphre douze grains ; vésicatoire au col. — Le soir, exacerbation forte. — Saignée du pied.

Le sixième jour : coma vigil ; pouls plus irrégulier ; du reste même état. — Camphre, deux scrupules en deux lavemens ; musc huit grains.

Le septième jour : respiration courte, embarrassée. — Café.

Le huitième jour : assoupissement plus profond ; paupière supérieure gauche paralysée ; respiration plus embarrassée; pouls irrégulier intermittent. — Quatorze sangsues au col ; glace sur la tête ; sinapismes.

Le neuvième jour : assoupissement profond ; facultés intellectuelles extrêmement obtuses ; respiration stertoreuse ; pupilles resserrées ; pouls intermittent, irrégulier. Mort la nuit, dans un coma profond.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde présentait à la face supérieure du cerveau des plaques rouges, irrégulièrement circonscrites, qui ne se dissipaient ni par le frottement avec le tranchant d'un scalpel, ni par le lavage. Cette membrane était épaissie, opaque, d'un blanc de lait dans beaucoup de points de sa portion supérieure.

2°. Elle présentait également le même aspect sur la protubérance annulaire, les pédoncules du cerveau et surtout à la partie antérieure des faces supérieure et inférieure du cervelet ainsi que sur ses pédoncules : il existait même en ces endroits, entre la séreuse et la pie-mère, une infiltration d'une petite quantité de pus.

3°. Les ventricules latéraux étaient distendus par de la sérosité rougeâtre. — Le poumon droit était gorgé de pus. — Il y avait de légères traces de phlogose dans l'estomac.

(Dr. Deslandes. *Dissertation.*)

208. Quoique ce malade ait présenté une paralysie de la paupière gauche et une déviation des traits de la face à droite, symptômes qui s'accordent parfaitement, nous ne reconnaissons à l'autopsie aucune lésion partielle, capable de pouvoir nous rendre un compte satisfaisant de ces phénomènes paralytiques. La forme comateuse l'a emporté sur la forme délirante; les diverses altérations de l'arachnoïde et l'épanchement dans les ventricules, sont tout à fait en rapport avec cette prédominance du coma : mais un symptôme qui se trouve entièrement opposé avec les désordres cadavériques, et qui paraît bien difficile à expliquer, c'est l'état de rétrécissement des pupilles, le jour de la mort, avec la coïncidence d'une hydropisie abondante des ventricules.

Le fait suivant va nous offrir l'arachnitis de la convexité coexistant avec celle de la base, chez un enfant qui succomba avec une rapidité étonnante, après avoir cependant présenté un délire violent.

CINQUANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Sérosité lactescente dans les ventricules.

Courtin, âgé de dix ans, d'une mauvaise constitution, était affecté d'une teigne faveuse, pour

laquelle il avait subi, à différentes époques, un traitement varié et toujours infructueux. A l'âge de huit ans, les glandes cervicales s'engorgèrent; plus tard il contracta la gale : il en fut traité et guéri ainsi que de l'autre maladie. En décembre 1816, la teigne ayant repris une nouvelle intensité, il rentre à l'hôpital des Enfans.

Première période. — Le 16 décembre : céphalalgie ; état suburrale de la langue. — Un grain d'émétique. — Vomissemens; selles bilieuses abondantes; diminution de la céphalalgie; au bout de quelques heures, elle se renouvelle avec plus d'intensité et empêche le malade de dormir.

Deuxième période. — Le 17 : face pâle; pommettes colorées; céphalalgie très-violente; tendance à l'assoupissement; occlusion des paupières; trismus; bouche amère; langue sale; soif; point de douleur de ventre; peau chaude et sèche; pouls petit, fréquent; respiration libre; haleine très-fétide. — Infusion d'arnica; dix sangsues aux tempes. — Diminution de la céphalalgie; mais augmentation de la faiblesse. Dans l'après-midi, deux vomissemens, de matière verdâtre. A six heures du soir, délire très-violent avec légères convulsions; le délire persista toute la nuit. Mort à quatre heures du matin.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde était infiltrée d'un liquide séroso-purulent, la

moindre quantité à la base qu'au sommet du cerveau.

2°. Les ventricules contenaient environ quatre onces de sérosité lactescente. — Les organes de la poitrine étaient sains. — La muqueuse intestinale était rouge. (Dr. *Mitivié. Dissertation*).

209. Ce sujet a succombé dans une seconde période, avant le développement du coma ; cependant nous trouvons une assez grande quantité de sérosité dans les ventricules, ce qui prouve que ce symptôme ne dépend pas uniquement de cette cause, comme nous l'avons déjà dit; ce fait est encore très-curieux par la coïncidence de l'arachnitis de la convexité à cet âge.

SECTION III.

Symptômes particuliers.

210. Nous avons examiné l'influence des causes relativement à la production de l'arachnitis cérébrale ; nous avons fait sentir de quelle valeur elles étaient, pour conduire le praticien à la connaissance d'un diagnostic plus assuré ; delà nous sommes passés à l'étude de cette phlegmasie, d'après les diverses régions de l'arachnoïde susceptibles d'en être attaquées, et nous avons déterminé les caractères propres à chacune d'elles; enfin, nous avons présenté l'inflammation de

l'arachnoïde, affectant uniformément ou d'une manière plus ou moins partielle, toute l'étendue de cette membrane, et nous avons fait ressortir les différens signes qui la caractérisaient alors, d'après la prédominance de tel ou tel lieu enflammé. Maintenant il ne nous reste plus, pour compléter ce que nous avons à dire sur l'arachnitis privée de complication, et pour couler à fond en même tems, quelques points de la physiologie pathologique, qu'à jeter un coup d'œil sur plusieurs symptômes particuliers dont nous essaierons de démontrer le degré plus ou moins grand d'importance. Nous aurions pu suivre dans cet exposé, la même marche que nous avons adoptée dans notre histoire générale, pour la description des phénomènes; mais comme ce que nous avons à dire se rapporte spécialement à l'appareil locomoteur, nous commencerons par examiner quelques phénomènes qui se rattachent à d'autres appareils, puis nous approfondirons ceux de la locomotion qui méritent le plus grand intérêt.

211. *La Céphalalgie*, résultat de l'augmentation de la sensibilité de la séreuse céphalique, suppose l'intégrité des fonctions du cerveau; aussi avons-nous observé que ce symptôme diminue d'intensité, à mesure que le trouble ou la paralysie de cet organe augmente, et que

c'est dans le cours de la première période qu'elle est la plus vive, cette période étant celle où le cerveau jouit de toute la plénitude de ses fonctions. La céphalalgie appartient à toutes les régions de l'arachnoïde susceptibles de s'enflammer; elle constitue le caractère arachnitique. L'intelligence pouvant se conserver plus long-tems libre, dans l'arachnitis de la base et dans celle des ventricules, il en résulte naturellement que les malades accusent encore de la douleur de tête, à une époque très-avancée de la maladie.

212. *Le délire*, symptôme entièrement sympathique qui forme, comme on le sait, un des principaux moyens de distinction de l'arachnitis de la convexité, ayant été traité à fond dans différens articles, n'exige plus aucun détail dans celui-ci; cependant nous ajouterons une remarque à ce que nous avons déjà dit à son sujet: de même que c'est le cerveau qui délire dans l'arachnitis, de même aussi ce sont les fonctions de cet organe qui sont suspendues dans le coma; et comme dans la phlegmasie qui nous occupe, particulièrement dans celle de la base, une quantité considérable de liquide se trouve accumulée dans les ventricules, il en résulte un état de compression de l'organe pensant, laquelle contribue pour beaucoup à paralyser l'intelligence, au lieu de la troubler comme cela a lieu dans l'arachnitis

de la convexité où l'exhalation est moins abondante et surtout moins localisée. L'épanchement existant dans le plus-grand nombre des cas, de chaque côté, détermine un assoupissement intellectuel beaucoup plus profond que dans les apoplexies sanguines où il n'a lieu ordinairement que d'un seul; en effet, la plupart des apoplectiques entendent et conçoivent encore très-bien, l'hémisphère du cerveau conservé intact pouvant suffire au libre exercice de la pensée.

213. *Le vomissement* est commun à l'arachnitis de la convexité comme à celle de la base et des ventricules; il s'observe plus fréquemment même dans cette dernière, comme on peut s'en assurer en jetant les yeux sur les articles qui traitent spécialement des siéges divers de l'arachnitis. Phénomène sympathique de l'encéphale sur l'estomac, on le remarque dans cette période où le cerveau conserve encore toutes ses facultés, dans le principe de la maladie.

214. *La constipation*, symptôme commun à toutes les affections cérébrales, s'observe également dans l'arachnitis; moins fréquente chez les enfans que chez les adultes, elle est quelquefois remplacée par le dévoiement chez les premiers, ce qui dépend alors de l'existence d'une entérite simultanée. Presque constante chez les vieillards dont le ventre est déjà très-paresseux, elle né-

cessite l'emploi des purgatifs qui ont le double avantage de dériver sur le canal intestinal une partie de l'irritation fixée sur le cerveau, et de ranimer par cette contre-simultation la vie prête à s'éteindre, l'affection cérébrale tendant fortement à l'anéantir.

215. *Le pouls* présente souvent de la rareté, quelquefois seulement une absence de fréquence; nous n'avons pas encore pu déterminer la cause exacte de ces différens troubles de l'appareil circulatoire. C'est notamment dans l'arachnitis qui s'accompagne d'épanchement abondant que se remarque la lenteur du pouls, ce qui se rapporte beaucoup à ce que l'on observe dans les apoplexies; vers la fin de la maladie, la circulation s'accélère, le pouls devient irrégulier et prend souvent de la fréquence, comme on peut le voir dans plusieurs des observations citées.

§. Ier. *Régularité des phénomènes locomoteurs.*

Épanchemens partiels avec paralysie du côté opposé.

216. Les épanchemens susceptibles de produire l'hémiplégie complète ou incomplète, ou même la seule paralysie d'un bras, ont lieu sur l'un des hémisphères du cerveau. L'arachnitis partielle de la base ne produit que très-rarement cet effet: nous en avons cité un exemple dans la vingt-troisième observation.

L'épanchement dans un seul ventricule en est

au contraire susceptible, comme le démontre quantité de faits d'apoplexies. Ces épanchemens sont ordinairement de nature purulente, seroso-purulente ; d'autrefois ils sont remplacés par de fausses membranes. Rarement les liquides sont ramassés en foyer, mais le plus souvent ils sont répandus sur la totalité ou sur une partie d'un hémisphère. Dans le plus grand nombre des cas, c'est à une cause externe ayant agi directement sur le crâne, que sont dues ces sortes d'arachnitis avec épanchement partiel. Jamais les paralysies n'ont lieu par la présence de la sérosité à la surface supérieure du cerveau, le peu de tenacité de ce liquide ne lui permettant pas de stagner sur les hémisphères, comme cela s'observe pour le pus qui est plus consistant et souvent adhérent.

CINQUANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Épanchement purulent sur la fosse temporale droite. — Paralysie du bras gauche.

Première période. — Un homme de cinquante-deux ans, éprouva pendant quelques jours, des douleurs vagues dans la tête avec malaise général. Ces douleurs étant portées au plus haut degré d'intensité, un érysipèle se déclara à la face, mais n'apporta aucune diminution dans la céphalalgie. Le second jour de l'apparition de l'érysipèle

et le cinquième environ de la douleur de tête, il était dans l'état suivant :

Cinquième jour : rougeur des conjonctives ; céphalalgie vive ; érysipèle de la face ; abattement extrême ; insomnie ; fièvre forte.

Deuxième période. — Le sixième jour : rêvasseries ; insommie ; augmentation de la céphalalgie ; agitation. — Saignée.

Le septième jour : délire violent ; immobilité complète du bras gauche ; soubresauts du côté droit ; irrégularité du pouls ; fétidité de l'haleine.

Troisième période. — Huitième jour : coma profond. Mort dans la journée. L'érysipèle fit des progrès jusqu'à l'instant de la mort.

Ouverture du cadavre. — Tissu cellulaire subjacent aux parties affectées d'érysipèle, infiltré de sang et de sérosité puriforme.

1°. Arachnoïde injectée, épaissie sur la face supérieure du cerveau : la portion qui tapisse la fosse temporale droite, était couverte d'une matière purulente grisâtre.

2°. L'arachnoïde était plus rouge à la base que partout ailleurs. Vers la gouttière basilaire elle était de plus, opaque et infiltrée d'une sérosité jaunâtre. — La portion du cerveau qui vers la base correspondait à l'arachnoïde enflammée, présentait une teinte légèrement rosée.

(*Observation communiquée par M. Récamier.*)

CINQUANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Épanchement purulent sur l'hémisphère gauche.—Paralysie du côté droit.

Une femme de trente ans, en descendant un escalier, étant ivre, fait une chute à la renverse : le côté droit de la tête porte sur l'angle saillant d'une des marches ; le coup fut si violent qu'elle perdit connaissance et se fit une large plaie, au fond de laquelle on voyait l'artère temporale ouverte et fournissant beaucoup de sang. Amenée à l'Hôtel-Dieu, trois quarts d'heure après l'accident, elle reprit toute sa connaissance ; l'hémorrhagie fut arrêtée et la plaie pansée convenablement. Tout alla parfaitement bien jusqu'au seizième jour, alors les bords de la plaie se tuméfièrent, devinrent rouges, tendus et douloureux, ce qui nécessita l'application d'un cataplasme émollient.

Le dix-huitième jour : vomissemens spontanés; éblouissemens ; céphalalgie. — Deux grains d'émétique dans de l'eau de veau.

Le dix-neuvième jour : violent mal de tête ; accès de fièvre avec redoublement le soir. — Débridement de la plaie ; vingt sangsues aux tempes.

Vingt, vingt-un, vingt-deux et vingt-trois : continuation des mêmes accidens. On tient la

malade au bouillon aux herbes avec addition de sulfate de soude.

Le vingt-quatrième jour : exaspération de tous les symptômes ; abattement extrême ; pupille droite dilatée ; affaiblissement très-marqué des membres du côté droit, mais sans la moindre diminution de la sensibilité ; coma profond. — On applique une couronne de trépan sur le lieu de la plaie ; la dure-mère incisée, il ne s'en échappe que quelques gouttes d'un pus épais et blanchâtre ; vésicatoires ; sinapismes. — Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. Tissu cellulaire du voisinage de la plaie infiltré de pus. On en trouve également une petite quantité entre l'os et le péricrâne, ainsi qu'entre le crâne et la dure-mère qui est décollée dans le voisinage de la blessure.

2°. C'est surtout dans la cavité de l'arachnoïde que le pus se trouve réuni en plus grande quantité ; il recouvre toute la surface supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, et s'étend sur toute la face de la grande faulx du même côté, tandis que du côté droit de cette cloison il n'en existe que très-peu. Dans tous ces points, le pus est blanc, opaque, épais et adhère intimement à l'arachnoïde. La séreuse sur l'hémisphère droit est saine ; la surface du cerveau correspondant à cet épanchement, est rosée dans sa portion la

plus superficielle, et grisâtre plus profondément; les autres organes sont dans l'état naturel.

On trouvera une hémiplégie par cause externe également, à la dix-huitième observation.

CINQUANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères cérébraux. —Épanchement plus abondant à droite. — Paralysie à gauche.

G. reçoit un coup de feu à la partie supérieure de l'os frontal. Un état de commotion violente a lieu aussitôt après la blessure, mais disparaît promptement.

Le dix-septième jour de l'accident, frissons violens suivis de fièvre.

Le dix-neuvième jour : face rouge et animée ; nausées ; pouls fort.

Le vingtième jour : céphalalgie vive ; la nuit, délire ; agitation ; paroles inarticulées.

Le vingt-unième jour : hémiplégie du côté gauche ; perte totale de connaissance ; respiration bruyante et difficile. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. La table interne de l'os frontal était un peu enfoncée et comprimait légèrement le cerveau.

2°. L'arachnoïde injectée et enflammée dans toute son étendue, était couverte d'un liquide puriforme, semblable à de la lie de vin. L'épan-

chement avait lieu sur les deux hémisphères, mais du côté droit il s'étendait jusqu'à la base du crâne. — Le cerveau était sain.

(*Dissertation du* Dr. *Herpin*).

SOIXANTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères cérébraux. — Épanchement purulent sur l'hémisphère droit.— Hémiplégie à gauche.

Un homme reçoit un coup de sabre sur le côté droit de la tête ; la plaie pansée convenablement marche d'une manière satisfaisante jusqu'au sixième jour, et nul symptôme particulier n'a lieu.

Première période. — Le septième jour de la blessure, le malade se plaint d'une légère céphalalgie ; il est pris de vomissemens bilieux ; il se développe un peu de fièvre. — On pratique deux larges saignées.

Le huitième jour : augmentation des symptômes relatés ; insomnie ; agitation extrême.

Le neuvième jour : céphalalgie excessivement vive ; altérations des traits du visage.

Le dixième jour : aux symptômes précédens viennent se joindre des vomissemens et un commencement d'hémiplégie à gauche ; l'intelligence reste en bon état.

Troisième période. — Le onzième jour : état comateux dont on peut cependant retirer le ma-

lade. — On applique une couronne de trépan sur le lieu de la blessure; cette opération donne lieu à la sortie de deux cuillerées de pus.

Le douzième jour : le coma augmente d'intensité, et la mort a lieu dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation générale de toute l'étendue de l'arachnoïde qui tapisse les hémisphères du cerveau, avec épaississement et opacité considérable de cette membrane. Tout l'hémisphère droit, jusque vers la tente du cervelet de ce côté, est couvert de pus épais. —Cerveau sain.—Quelques tubercules dans le poumon gauche et dans le foie.

(*Observation communiquée par M. Recamier*).

SOIXANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère gauche. —Épanchement purulent à sa surface.—Paralysie du coté droit.

Première période. — Capé, âgé de dix-neuf ans, se réveille avec une douleur de tête très-vive qui continue toute la journée, et le soir devient très-violente.

Deuxième période. — Le troisième jour : céphalalgie forte; état d'hébêtude; difficulté de s'exprimer ; étourdissement des forces plutôt que prostration; pupilles peu contractiles ; œil

vif ; oreille dure ; face altérée ; langue jaune ; soif vive ; pouls fréquent. — Limonade ; sérum.

Le quatrième jour : diminution des accidents. — Traitement, *id.*

Le cinquième jour : état d'affaissement plus considérable. — Limonade sulfurique ; potion avec acide muriatique ; lavement avec quinquina et camphre.

Le sixième et septième jour : même état ; la langue se dessèche ; les pupilles se dilatent.

Le huitième et neuvième jour : on s'aperçoit qu'il existe une faiblesse considérable dans les membres du côté droit et surtout dans le bras ; le malade ne peut s'exprimer quoiqu'il paraisse entendre ce qu'on lui dit ; il cherche même à exécuter quelques mouvemens. — Vésicatoire à la nuque ; sinapismes aux pieds.

Le dixième jour : paralysie complète du bras droit ; pupilles largement dilatées ; point de coma ; le malade se retourne avec la plus grande facilité, et remue le bras paralysé avec celui qui ne l'est pas. — Vésicatoires derrière les oreilles.

Troisième période. — Le onzième et douzième jour : augmentation graduelle de l'affaissement qui devient extrême ; la respiration et la circulation se troublent de plus en plus, et la mort arrive le treizième jour au matin.

Ouverture du cadavre. — 1°. Rougeur et inflammation de l'arachnoïde qui recouvre la face

supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau ; sur toute cette partie elle est tapissée d'une couche purulente concrète. Au-dessus de la bosse pariétale gauche, le pus uni à de la sérosité dans une proportion de trois à quatre onces, se trouve pour ainsi dire réuni en foyer dans la cavité de l'arachnoïde, au point qu'en cet endroit il déprime le cerveau. — Poumons hépatisés à leur partie postérieure. — Les autres viscères sont sains.

§. II. *Irrégularité des phénomènes locomoteurs.*

Convulsions.— Paralysies.— Épanchememens.—Contractions avec rigidité. — Flaccidité.

217. Le paragraphe précédent vient de nous offrir un rapport direct entre les épanchemens et les paralysies : celui-ci, au contraire, ne va nous présenter que des oppositions : les convulsions, du côté paralysé ; la paralysie, du côté de l'épanchement ; l'épanchement, sans la paralysie ; la paralysie, sans l'épanchement ; les contractions avec rigidité, sans lésions partielles. Nous aurions pu accumuler un plus grand nombre d'exemples, mais nous avons pensé que quelques faits bien observés suffisaient pour établir et prouver l'irrégularité des phénomènes locomoteurs dans l'arachnitis, irrégularité que nous avions déjà fait remarquer dans l'histoire générale, mais que nous devions rendre plus sensible dans la clinique.

SOIXANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère gauche.— Hydropisie du ventricule gauche. — Convulsions suivies de paralysie du côté droit.

Lambert, âgé de vingt ans, éprouvait depuis un certain tems de vifs chagrins, et montrait la plus grande indifférence pour ses devoirs. Pendant quelques jours il se plaint de lassitudes, de douleurs vagues de tête, avec sentiment de resserrement à l'épigastre. Les digestions devinrent pénibles et l'appétit diminua sensiblement.

Le seize novembre : frissons qui partent du dos; tremblement; douleur à la tête et à l'épigastre.

Le dix-sept : entrée à l'hôpital; on observa les symptômes suivans : abattement considérable ; envie de vomir ; bouche mauvaise ; langue sale et sèche. —Boissons acidulées ; ipécacuanha.

Le dix-huit : cessation des symptômes gastriques, mais somnolence presque continuelle.

Deuxième période. — Le dix-neuf : alternative de frissons et de chaleur ; regard étonné ; langue désséchée ; pouls fréquent ; peau chaude et sèche. Le soir, exacerbation ; délire ; rire sardonique.—Eau froide sur la tête.

Le 20 : amélioration de tous les symptômes, quoiqu'il reste cependant encore une légère in-

cohérence dans les idées et un peu d'égarement dans les yeux. Dans l'après-midi, exacerbation violente ; rougeur de la face et des yeux ; pulsations très-fortes des artères temporales ; délire ; convulsions de presque tous les muscles du côté droit ; efforts du malade pour sortir de son lit. —Application d'eau froide sur la tête.

Le 21, le délire continue ; cris ; vociférations ; agitation extrême. — Quatre sangsues à chaque tempe ; infusion d'arnica et de valeriane ; frictions avec un liniment camphré ; vésicatoires aux jambes.

Troisième période. — Le 22 : assoupissement profond ; paralysie presque complète des muscles du côté droit ; yeux fixes ; pupilles dilatées ; langue sèche et noire.

Le 23 : mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. Meninges rouges injectées en différens points correspondant au pariétal gauche.

1°. Une once et demie de sérosité dans le ventricule gauche ; quelques gouttes dans le droit.

3°. Vaisseaux de la base du crâne gorgés de sang.

(*Dr. Demanget. — Essai sur la fièvre cérébrale*).

218. Dans ce fait, les convulsions ont lieu du côté droit et sont suivies d'une paralysie du même côté ; l'autopsie démontre une rougeur de l'a-

rachnoïde de l'hémisphère gauche et un épanchement dans le ventricule correspondant. La paralysie est suffisamment motivée par l'hydropisie du ventricule. C'est la première fois que nous voyons le simple épanchement dans une de ces cavités, déterminer des phénomènes paralytiques des membres, phénomènes que nous n'avons rencontrés jusqu'ici qu'avec des exhalations partielles sur la convexité. Nous trouvons la dilatation des deux pupilles, et certes les *quelques gouttes* de sérosité existant dans le ventricule droit, ne peuvent être regardées comme la cause de la dilatation de la pupille gauche. D'une autre part les convulsions ont généralement lieu du côté où existe la cause irritante, la phlegmasie était à gauche, et ici les convulsions eurent lieu à droite.

Ce défaut d'harmonie entre les symptômes et les lésions organiques, se présentera plusieurs fois dans ce paragraphe que nous avons spécialement consacré à l'exposition des phénomènes contradictoires de l'appareil locomoteur.

SOIXANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères du cerveau. — Épanchement purulent plus abondant sur le droit. — Paralysie du même coté. — Convulsions à gauche.

Un enfant de dix ans, fait une chute d'un qua-

trième étage sur le pavé: il est aussitôt transporté à l'Hôtel-Dieu.

Premier jour : il existait une plaie avec fracture de la voûte orbitaire gauche. Le malade avait perdu connaissance depuis le moment de l'accident ; il restait encore quelques signes de motilité et de sensibilité. — Saignée.

Le deuxième jour : les sens paraissent se réveiller ; le malade prononce quelques mots. — Purgatif.

Le troisième jour : retour graduel de l'intelligence. — Lavement purgatif.

Le quatrième jour: réponses justes; pouls fort; lavement *id.*

Le cinquième jour : cessation complète des symptômes de commotion ; plaie de bonne nature ; bien. —Potion purgative. —Le soir, mouvement fébrile ; gonflement des bords de la plaie. —Dix sangsues à la tempe gauche.

Le sixième jour : fièvre forte.

Le septième jour: même état; agitation générale.

Le huitième jour : perte totale des sens et de l'intelligence ; mouvemens convulsifs du bras gauche. Le soir, semi-paralysie du côté droit ; grande dilatation de la pupille droite. —Application du trépan sans aucun résultat. —Augmentation des convulsions à gauche.

Le neuvième jour : coma plus profond ; bouche

déviée à gauche ; continuation des convulsions qui s'étendent un peu à droite. Mort la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. Fracture de la voûte orbitaire gauche.

2°. Inflammation générale de l'arachnoïde de la partie supérieure des hémisphères cérébraux, avec pus épais, consistant, étendu sur toute sa surface et particulièrement sur le côté droit où il est plus abondant.

219. Ici, après un jour d'agitation générale, les convulsions éclatent spontanément du côté gauche, tandis que les membres du côté droit se paralysent, que la pupille correspondante se dilate, et que la bouche se dévie du côté opposé. Voici plus de signes qu'il n'en faut pour croire à l'existence d'un épanchement à gauche; mais que démontre l'autopsie? Un épanchement plus abondant à droite. Ce fait est-il en contradiction avec ceux que nous avons présentés dans le paragraphe précédent? Oui certainement. Il démontre ce que nous avons déjà fait sentir ailleurs, que l'on doit être extrêmement circonspect pour assigner le siége précis de l'hémisphère affecté, et que l'on doit faire entrer en ligne de compte, dans le jugement que l'on porte, la nature de la cause qui, comme chez ce sujet par exemple, pouvait faire penser que l'arachnitis n'était pas bornée à un seul côté.

SOIXANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Fausse membrane sur l'hémisphère droit. — Sérosité dans le même ventricule. — Point de Paralysie (1).

Duperray, soldat d'artillerie de marine, âgé de trente-huit ans, d'une constitution robuste, entra le 20 février, à l'hôpital Saint-Louis. Examiné le lendemain, il était dans l'état suivant.

Première période. — Depuis trois jours, douleur violente au sommet de la tête ; lassitudes dans les membres ; il avait eu des vomissemens à diverses reprises pendant la route, et la veille encore, il avait eu des nausées continuelles ; la bouche était amère ; la langue sale et le teint jaunâtre. — Limonade avec trois grains d'émétique. — Nul effet.

Deuxième période. — Le quatrième jour, augmentation de la céphalalgie et des symptômes bilieux ; réponses promptes et brèves ; sorte de vivacité dans les idées ; constipation ; urines rares ; pouls dur et fréquent ; chaleur âcre de la peau ; respiration haute, entrecoupée. — Limonade ; pédiluves. — Dans la soirée, délire ; on est obligé de lui mettre la camisole ; l'agitation augmente ; dans la nuit il rompt ses liens et par-

(1) Voyez également les observations 14e. et 30e.

vient à se saisir d'une échelle très-haute et très-pesante, avec laquelle il brisa une porte qui communiquait dans une salle voisine ; on eut la plus grande peine à le ramener dans son lit et à l'attacher de nouveau.

Cinquième jour : à sept heures du matin, les symptômes conservaient une intensité effrayante ; la face était rouge, tuméfiée, couverte de sueur ; les traits avaient une extrême mobilité, tour-à-tour présentant l'expression de la fureur, du mépris, etc. ; le pouls était fort et résistant ; les symptômes gastriques persistaient ; la respiration devenait suspirieuse. — Saignée du pied ; potion avec cinq grains d'émétique. — Le malade n'ayant presque pas bu, elle ne provoqua qu'un seul vomissement ; il eut cependant quelques selles copieuses. — Glace sur la tête. — A midi, le délire était un peu moins violent, le pouls moins dur et moins roide.

Troisième période. — Vers les cinq heures, le visage pâlit ; les yeux auparavant sensibles à la lumière, perdirent leur expression menaçante ; les pupilles ne se contractèrent plus ; le délire devint taciturne ; les membres supérieurs furent agités de mouvemens convulsifs ; la langue se dessécha et brunit : à dix heures, coma profond ; respiration stertoreuse ; pouls petit, intermittent. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. Les vaisseaux de la dure-mère et les sinus particulièrement, contenaient une grande quantité de sang noir et fibreux.

2°. Toute la portion de l'arachnoïde qui revêt la partie supérieure et antérieure de l'un et l'autre hémisphère était opaque, épaisse et rougeâtre.

3°. Une concrétion albumineuse assez semblable à une fausse membrane, recouvrait l'hémisphère droit.

4°. Le ventricule droit renfermait environ deux onces de sérosité. — La substance médullaire était parsemée d'une foule de points rouges et sanguinolens. — Le cervelet, la moëlle allongée avaient une consistance marquée.

Dans la poitrine, les divers organes étaient dans l'état naturel. — L'estomac paraissait plus rétréci que dans l'état ordinaire; il n'y avait rien de remarquable à son intérieur. — Le volume du foie parut considérable. — La vésicule était distendue par une grande quantité de bile.

(*Dr. Biett, dissertation.*)

220. Dans cette observation où la troisième période fut à peine de quelques heures, et dans laquelle se trouvent si bien dessinés les caractères que nous avons assignés a l'arachnitis de la convexité, l'on retrouve une nouvelle preuve de l'inconstance des lésions de l'appareil locomo-

teur. « Une concrétion albumineuse assez semblable à une fausse membrane était placée sur l'hémisphère droit », dit l'observateur, et plus loin, « le ventricule droit renfermait environ deux onces de sérosité. » Cependant nul signe de paralysie n'exista du côté gauche. Le cinquième jour seulement, jour de la mort, les membres supérieurs furent agités de mouvemens convulsifs. Ce fait devient encore plus intéressant, si on le rapproche de l'avant-dernier, où une once et demie de sérosité dans le ventricule gauche, suffit pour déterminer la paralysie du côté droit.

SOIXANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Contraction avec rigidité du bras gauche. — Flaccidité du droit. — Déviation de la bouche à droite. — Nulle lésion partielle. — Nulle altération de la pulpe.

Une femme de vingt-cinq ans, ouvrière en dentelle, entra à l'Hôtel-Dieu le 4 octobre 1820. Depuis deux ans, ses règles ne venaient qu'irrégulièrement. Pendant long-tems, elle eut une leucorrhée très-abondante qui finit par cesser il y a près d'une année. Elle était sujette au dévoiement qui s'accompagnait de douleurs dans le ventre. Depuis la suppression de la leucorrhée, elle éprouvait une petite toux sèche et souvent

une forte douleur de tête. Examinée le 5 octobre elle était dans l'état suivant.

Le 5 octobre : pâleur ; amaigrissement général ; nausées ; envies de vomir ; épigastre douloureux ; bouche amère ; constipation ; point de fièvre ; tuméfaction du corps de l'utérus ; douleur hypogastrique. —Sangsues sur l'hypogastre ; cataplasme émollient et narcotique après ; demi-bain.

Le 6 et le 7 : même état. — Traitement *id.*

Seconde période. — Le 8 : commencement de trouble dans les fonctions intellectuelles ; mouvemens convulsifs des deux bras.

Le 9 : pâleur générale ; diminution de la sensibilité générale ; abolition de la motilité ; pupilles peu mobiles ; respiration lente. — Affusions.

Troisième période. — Le 10 : coma profond ; perte complète des sens et de la sensibilité des deux côtés ; pupilles non contractiles, à peine dilatées ; yeux ternes, ouverts, renversés en haut ; bouche déviée à droite ; contraction du bras gauche avec rigidité ; flaccidité du bras droit.

Le 11 : face assez colorée ; coma profond ; flaccidité des deux bras ; écume à la bouche. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. Rougeur avec opacité, épaississement et augmentation de den-

sité de la portion de l'arachnoïde qui recouvre la face supérieure des deux hémisphères cérébraux, ainsi que leurs parties latérales; sur les côtés la rougeur se dissipe en partie par les lotions.

2°. L'arachnoïde qui tapisse la base du cerveau, particulièrement vers le carré des nerfs optiques, la protubérance annulaire et son voisinage, est très-épaissie, blanche, laiteuse, et paraissant évidemment enflammée avant la portion qui recouvre la convexité et surtout les parties latérales.

3°. Une once et demie de sérosité dans chaque ventricule latéral dont la membrane est parfaitement saine. L'arachnoïde qui revêt la face postérieure et la face inférieure du cervelet était épaissie, d'une teinte blanchâtre et plus dense que dans l'état naturel. — Le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moëlle allongée, examinés avec soin, étaient dans leur état naturel et parfaitement sains. — Tubercules suppurés dans les deux poumons et spécialement dans le gauche. — La muqueuse de l'estomac offrait vers son grand cul de sac, une ulcération, ne portant que sur cette seule membrane et s'étendant irrégulièrement dans un espace de plusieurs pouces de longueur sur quelques lignes de large. — L'iléon

présentait quelques plaques ulcérées. — L'utérus et ses annexes étaient sains.

On trouvera de semblables déviations de la bouche sans lésion partielle aux observations 12e. et 55e.

221. Les divers phénomènes partiels offerts par cette malade, paraissaient devoir se rallier à des lésions également partielles : en effet, la déviation de la bouche à droite, la contracture du bras gauche avec rigidité, symptômes déjà opposés entr'eux, ne purent nullement être expliqués par l'autopsie qui fit reconnaître un épanchement égal dans les deux ventricules, et une opacité de l'arachnoïde de la convexité et de la base, semblable sur chaque hémisphère.

Comme l'état de rigidité du côté gauche et de flaccidité du bras droit avait été constaté avec beaucoup de soin par celui de nous qui recueillit cette histoire, on fit l'autopsie avec la plus scrupuleuse attention et l'examen de la pulpe ne fit rien reconnaître qui pût motiver les symptômes de l'appareil locomoteur.

SOIXANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Absence de sérosité dans les ventricules. — Contractions des membres avec rigidité beaucoup plus forte à gauche qu'à droite. — Nulle lésion partielle (1).

Le 21 mars 1816, un homme de vingt-huit ans fut apporté à l'Hôtel-Dieu, sans connaissance, ayant la respiration très-embarrassée et très-laborieuse, et l'expiration surtout, excessivement difficile : le pouls était fréquent et fort, le décubitus en supination et abandonné. Il paraissait n'avoir que quelques momens à vivre; on le considéra comme étant sous la dépendance d'une pneumonie très-avancée. Le lendemain 22, même état. — Large vésicatoire sur la poitrine.

Le vingt-trois : il vivait encore; on apprit alors que depuis dix-huit jours il était dans cet état. La respiration était toujours gênée, l'expiration longue et difficile ; la percussion donnait un son assez clair excepté à la partie supérieure du dos. Cependant en examinant le malade avec plus d'attention, on fut frappé d'un ensemble de symptômes qui n'étaient point ceux d'une affection de poitrine.

---

(1) On trouvera un fait semblable à l'observation 45e., et un autre dans le chapitre de l'arachnitis spinale. *Obs.* 138.

Il était couché en supination ; la tête fortement portée en arrière ne pouvait être ramenée en avant qu'avec beaucoup de peine ; les yeux étaient à demi-fermés, s'ouvraient dans l'inspiration et se refermaient dans l'expiration, ils étaient portés un peu à droite et étaient encore sensibles à la lumière ; les pupilles n'étaient point changées ; il existait un trismus considérable ; *l'avant bras gauche était contracté à angle droit sur le bras ;* il était impossible de lui faire prendre une autre direction. La jambe du même côté, quoique contractée ne l'était pas aussi fortement ; le bras droit l'était aussi un peu, mais à un bien plus faible degré que du côté gauche ; le malade pouvait même exécuter quelques mouvemens avec ce membre. La sensibilité de la peau de ces parties était anéantie, mais il n'en était pas de même de la peau du col, car lorsqu'on la pinçait, il témoignait de la douleur: l'entendement paraissait nul. Il mourut dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde qui tapisse la protubérance annulaire, le carré des nerfs optiques et tout le voisinage de cette région, offrait une couleur d'un blanc mat; en outre elle était épaissie et beaucoup plus consistante que dans l'état naturel. Il n'y avait point de sérosité dans les ventricules. — Le cerveau était sain dans toutes ses parties. — Les deux

poumons étaient hépatisés dans leur tiers supérieur; le gauche l'était plus que le droit; on reconnaissait même en quelques points de la suppuration : leur partie inférieure était saine et crépitante.

(*Observation communiquée par M. Récamier, recueillie par M. Houssard.*)

222. La troisième période est la seule que l'on remarque dans ce fait qui nous offre une forte contraction avec rigidité du bras gauche, et le même état à un moindre degré du côté droit. L'autopsie ne fait mention que d'une simple arachnitis de la base, sans épanchement dans les ventricules et sans nulle lésion de la pulpe cérébrale. On pourrait peut-être douter de l'exactitude avec laquelle cette observation a été recueillie, si M. Récamier de qui nous la tenons, n'avait lui-même soigné le malade et n'avait été présent à l'examen du cerveau. Or tout le monde connait le soin que cet excellent praticien apporte dans les recherches d'anatomie pathologique en général, et en particulier, dans celles qui ont rapport aux lésions cérébrales. Les connaissances profondes de l'observateur, M. Houssard, sont encore pour nous un garant de la véracité de ce fait, dont on retrouvera quelques exemples dans le cours de cet ouvrage.

223. Nous ne terminerons pas ces considéra-

tions relatives à l'arachnitis simple, sans dire un mot de la rareté de l'inflammation du feuillet externe de l'arachnoïde, de celui qui tapisse la face interne de la dure-mère : en effet, nous n'avons jamais rencontré qu'un petit nombre de fois la rougeur de cette portion de la séreuse céphalique, et jamais sa suppuration ; nous savons cependant que M. Rostan, dans un excellent mémoire publié récemment, a consigné un fait d'arachnitis suppurée du feuillet externe : mais cette observation unique ne change rien à ce que nous venons d'établir d'après le résultat de près de deux cents faits.

ARTICLE II.

Arachnitis cérébrale, complications non cérébrales.

224. L'arachnitis n'existe pas toujours à cet état de simplicité sous laquelle nous venons de l'examiner ; elle ne s'isole pas plus des diverses affections non cérébrales que la phlegmasie de tous les autres tissus. Il est même assez commun de la voir coïncider avec la lésion d'un ou de plusieurs organes, ce qui change beaucoup son aspect et jette de nouvelles difficultés sur son diagnostic.

225. Les maladies aiguës qui la compliquent le plus ordinairement, appartiennent à la classe des phlegmasies ; ce sont d'après leur ordre de

fréquence ; la gastrite, l'entérite seule ou simultanée, la péripneumonie, la pleurésie et la péritonite. Nous l'avons deux fois observée avec l'inflammation générale de toutes les séreuses comme avec celle de tout le système synovial; enfin, nous l'avons trouvée avec différentes éruptions cutanées.

226. Dans tous ces cas de complications, les symptômes de l'arachnitis paraissent généralement les premiers, et ce n'est que dans le cours de cette dernière que l'on voit survenir les divers phénomènes qui appartiennent aux autres lésions. En effet, il est rare de voir l'inflammation de l'arachnoïde succéder à la gastrite, à la pleurésie, par exemple; et lorsque l'on observe quelques symptômes arachnitiques à une époque avancée de ces maladies, c'est que la phlegmasie cérébrale a été masquée par la gravité des accidens thoraciques ou abdominaux. Cependant il est souvent très-difficile pour ne pas dire impossible, de décider qu'elle est l'affection qui a précédé l'autre.

227. Quelle que soit la nature de la complication, l'arachnitis ne s'en présente pas moins avec les caractères qui lui sont propres ; mais ces caractères peuvent être plus ou moins bien dessinés ; ils peuvent être quelquefois insensibles pendant un certain tems, et constituer l'inflam-

mation latente dont nous nous occuperons plus tard. Ces diverses modifications sont en rapport avec l'intensité des complications, leur étendue, leur multiplicité et l'importance des organes affectés. Quant à ces dernières, elles n'éprouvent que peu de variétés, peu de changemens, et il est presqu'aussi facile de les reconnaître que si elles existaient isolément. Cependant il est des cas où chaque affection venant à réagir simultanément l'une sur l'autre, l'analyse de cette combinaison de symptômes devient très-embarrassante. En effet, les efforts de la vie ne pouvant se concentrer sur un seul point, et se trouvant au contraire répandus sur plusieurs à la fois, se balancent pour ainsi dire l'un l'autre, et dénaturent l'aspect et les caractères de la maladie, de sorte qu'il n'est plus permis de reconnaître la véritable cause des accidens à travers ce cahos pathologique. D'autres fois, au contraire, le trouble général de la nature semble se fixer sur une seule région de l'économie, sur l'arachnoïde, sur les poumons ou sur le canal intestinal, etc., tandis que les autres restent pour ainsi dire muettes à la douleur commune, insensibles à tous les désordres organiques, ce qui s'observe principalement lorsque les altérations sont portées à un haut degré. C'est dans ces circonstances où l'examen le plus scrupu-

leux est nécessaire pour éviter l'erreur, et où il faut saisir jusqu'au moindre symptôme capable de jeter quelque jour sur la connaissance de la maladie.

Les faits que nous allons présenter donneront une idée plus fixe que ce que nous pourrions dire, des diverses affections non cérébrales, capables de compliquer l'arachnitis.

SOIXANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères.—Pleurésie avec épanchement abondant. — Légère péritonite. — Rougeole. — Gastro-entérite.

Un jeune homme, d'une constitution très-robuste, d'un tempérament sanguin prononcé, âgé de vingt-quatre ans, vint à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une rougeole simple qui avait été précédée de tous les symptômes qui accompagnent ordinairement cette éruption.

Le quatrième jour: face rouge et animée; chaleur âcre et sécheresse de la peau; douleur vive de la gorge; difficulté très-grande d'avaler; soif ardente; pouls plein, fort et tendu; agitation extrême. Pendant tout ce tems, état stationnaire de l'éruption qui ne marche point d'une manière franche et finit par disparaître.

Le cinquième jour: augmentation de la dou-

leur de gorge ; le côté droit de la poitrine paraît se compromettre, il devient douloureux ; toux sèche et pénible ; la percussion n'indique rien.

Le sixième jour : augmentation de tous les accidens thoraciques ; inspiration laborieuse ; douleurs abdominales vives ; dévoiement liquide.

Septième jour : agitation plus considérable ; les yeux deviennent très-irritables à la lumière ; injection des conjonctives ; dilatation des pupilles ; rêvasseries ; céphalalgie ; les accidens thoraciques et abdominaux persistent.

Huitième jour : balancement de la tête à droite et à gauche ; abattement extrême ; délire ; respiration moins difficile ; ventre plus tendu, plus balonné ; augmentation du dévoiement.

Neuvième jour : chaleur générale tombée ; pouls mou, faible ; son plus obscur du côté droit du thorax ; léger délire la nuit : mort le lendemain matin.

Ouverture du cadavre. — Rougeur très-vive et épaississement de toute l'arachnoïde qui recouvre la face supérieure des hémisphères du cerveau et du cervelet, avec opacité de cette membrane. — Densité très-grande du cerveau, du cervelet et de la moëlle épinière qui ne présentent, du reste, aucune altération.

— Trois pintes de sérosité jaunâtre et flocon-

neuse dans la cavité droite de la poitrine. — Le poumon de ce côté, sain, réduit au volume du poing, était enveloppé d'une couenne albumineuse de l'épaisseur d'un pouce. — Le poumon gauche, sain, offrait quelques adhérences anciennes. — Le cœur flasque, ramolli, jaunâtre, contenait des gaz. — La plupart dés intestins étaient très-rouges à leur extérieur ; on voyait même des taches noirâtres sur les gros, et quelques onces de sérosité épanchée dans l'abdomen. — La muqueuse gastro-intestinale était pareillement enflammée ; celle de l'estomac en particulier, était boursouflée et comme emphysémateuse ; en la comprimant, on la réduisait à son volume ordinaire. — Les veines porte et mésentériques étaient distendues par des gaz.

228. Ici nous voyons une rougeole existant avec des accidens plus graves que ceux qui l'accompagnent ordinairement ; l'éruption s'arrête, et aussitôt l'angine augmente d'intensité. Les symptômes d'une pleurésie intense, exprimée par la gêne de la respiration et la douleur de côté, se dessinent bientôt et sont suivies des douleurs abdominales caractéristiques de l'entérite, puis enfin des premiers symptômes qui peuvent faire soupçonner l'arachnitis. Devons-nous reconnaître l'influence d'une métastase dans l'apparition de ces nouveaux accidens, ou devons-

nous attribuer aux désordres intérieurs la suppression de l'affection cutanée ? Sans rien décider, cette dernière supposition nous paraît la plus probable. Jusqu'au septième jour rien ne peut faire entrevoir l'arachnitis ; ce n'est qu'à cette époque qu'un nouvel ordre de symptômes, à la tête desquels on doit mettre la sensibilité des yeux à la lumière, vient la faire reconnaître. Quoique nous ayons parlé de cette sensibilité *dans la description générale*, nous la rappelons encore ici à cause de son importance et parce qu'elle peut seule, dans bien des cas, faire soupçonner cette phlegmasie et démêler la véritable nature de la maladie au milieu d'une foule de symptômes accessoires qui écartent souvent loin de la route véritable le médecin peu exercé.

SOIXANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des deux hémisphères. — Vive inflammation des amygdales, du larynx et de toute la muqueuse des voies aériennes. — Légères traces d'inflammation sur plusieurs points de la muqueuse des gros intestins. — Scarlatine. — Éruption miliaire.

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, est pris spontanément le 28 juillet 1811, d'une

forte céphalalgie, de dégoût et d'amertume de la bouche ; à ces symptômes se joignent bientôt une douleur et une chaleur vives de la gorge, accompagnées d'une gêne très-grande dans la respiration.

Le deuxième jour : continuation des mêmes accidens.

Le troisième jour : éruption générale de plaques rouges non proéminentes ; dévoiement sans douleur de ventre ; langue blanchâtre ; pouls fort et fréquent à droite, presque imperceptible à gauche.

Le quatrième jour : pendant la nuit, éruption de boutons miliaires ; céphalalgie sus-orbitaire ; tendance au délire ; difficulté de respirer ; toux fréquente ; gonflement des amygdales ; continuation de la douleur de gorge et du dévoiement ; même état du pouls. — Ipécacuanha, dix-huit grains ; limonade végétale avec liqueur d'Hoffmann ; gargarisme avec orge et miel rosat ; pilules de camphre ; sinapisme au col.

Le cinquième jour : injection des conjonctives ; sensibilité des yeux à la lumière ; état d'excitation générale ; corysa ; les autres symptômes comme hier ; la nuit, délire.

Le sixième jour : augmentation du délire ; vociférations ; regard farouche ; fureur ; rougeur considérable des conjonctives ; gonflement de la

face et du col ; pupilles non dilatées, peu mobiles ; respiration sifflante ; voix rauque ; menace de suffocation ; pouls dur et fréquent ; urines rouges ; chaleur très-forte de la peau. L'éruption cutanée continue sa marche.

Le septième jour : après un délire furieux et beaucoup d'agitation, le malade expire sur le soir.

Ouverture du cadavre. — Couleur violette et noirâtre de la peau des bras et des jambes dont l'épiderme se détache avec facilité. — Sinus et veines de la dure-mère gorgés d'un sang noir. — Rougeur et épaississement de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des deux hémisphères, notamment vers les lobes antérieurs, d'où elle se détache avec facilité. — Circonvolutions subjacentes un peu ramollies à leur superficie. — Cerveau dense, sain, sablé de sang. — Léger épanchement séreux à la surface de l'arachnoïde. — Point de sérosité dans les ventricules. — Cervelet et moëlle épinière dans l'état naturel. — Larynx rouge dans toute son étendue. — Tonsilles très-volumineuses, assez dures, d'un rouge foncé. — Muqueuse de la trachée et des premières divisions des bronches, fortement enflammée. — Poumons sains. — Cœur très-volumineux, ramolli; cavités droites distendues par du sang noir. — Plusieures plaques rouges sur les gros intestins.

229. Cette observation qui, au premier abord a beaucoup d'analogie avec la précédente, présente cependant quelques différences : nous y voyons deux affections cutanées suivre leur marche d'une manière régulière, conjointement avec les autres accidens, ce que nous n'avons pas observé chez l'autre, ce qui tient propablement ici à ce que la phlegmasie interne n'a point été assez forte pour déplacer celle de l'extérieur. Rien n'a pu s'opposer au diagnostic de toutes les affections différentes que nous reconnaissons chez ce malade. L'angine, compagne ordinaire de la scarlatine et de la rougeole, n'a jamais été mieux dessinée; cette inflammation en se propageant vers les voies aériennes, se manifeste par la fréquence et la gêne de la respiration. Quoique le ventre ne soit pas douloureux, le dévoiement qui survient peut faire soupçonner une irritation intestinale ; enfin la sensibilité des yeux à la lumière, leur injection et les autres symptômes nerveux ne tardent pas à caractériser l'arachnitis, affection principale qui seule a pu faire périr le malade, et où nous retrouvons, de la manière la plus tranchée, tous signes que nous avons assignés à l'inflammation de la convexité.

SOIXANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de convexité des hémisphères.—Péritonite aiguë fort intense.

Massard, maçon, âgé de seize ans, fut pris en juillet 1811, un mois après son arrivée à Paris, de nausées, de vomissemens spontanés, d'une céphalalgie violente, de lassitude générale. Ces accidens, à l'exception des vomissemens, persistèrent pendant quinze jours en augmentant graduellement; il s'y joignit aussi un dévoiement et des douleurs dans le ventre.

Quinzième jour : la céphalalgie occipitale et frontale devient excessive en quelques heures ; soif ardente ; délire.

Seizième jour : face animée ; langue humide, très-rouge, surtout à sa pointe ; ventre tendu ; une selle seulement; agitation ; augmentation du délire.

Dix-septième jour : agitation plus forte ; soubresauts des tendons ; face rouge ; regards inquiet ; conjonctives injectées ; pupilles très-dilatées ; sensibilité très-vive de la vue et de l'ouïe ; même état du système digestif ; abdomen plus tendu et plus douloureux; constipation ; poitrine sonore dans tous ses points ; respiration précipitée ; pouls excessivement fréquent ; chaleur générale vive et sèche ; perte de la mémoire;

délire tranquille. — Infusion de camomille; potion avec quinquina et camphre; vin rouge; lavement avec camomille et camphre; frictions sur l'abdomen avec l'alcool camphré. — Après les frictions, augmentation du délire et de tous les accidens; sécheresse extrême de la langue et des dents; douleur vive, généralement répandue dans tous les points de l'abdomen.

Dix-huitième jour : diminution des accidens offerts par les systèmes sensitif, circulatoire, locomoteur et respiratoire; mais tuméfaction considérable de l'abdomen et douleur excessive de cette partie à la moindre pression; vomissemens; selles claires et jaunâtres; délire. — Même traitement que la veille. — Les frictions sont suivies d'une exacerbation violente pendant laquelle les facultés intellectuelles se réveillent; dans la journée, il survient du délire et des vomissemens bilieux; les boissons sont également rejetées.

Dix-neuvième jour : tension considérable et douleur excessive du ventre; vomissemens; loquacité; agitation; plus tard, affaissement général; mort.

Ouverture du cadavre. Rougeur et épaississement de l'arachnoïde dans toute son étendue, mais principalement sur les lobes antérieur et postérieur. — Pareille rougeur et pareil épais-

sissement de l'arachnoïde cérébelleuse, particulièrement sur le lobe droit. — Plusieurs plaques rouges à la face inférieure de la dure-mère. — Ces plaques rouges de l'arachnoide et de la dure-mère ne disparaissent pas par des lotions. — Adhérence du péricarde au cœur. — Poumon gorgé de sang noir. — Epaississement du péritoine en plusieurs points de son étendue ; un litre de pus consistant et fétide est épanché dans sà cavité ; tous les intestins ne forment qu'une masse par les adhérences qu'ils ont contractées entr'eux.

230. Nous reconnaissons ici deux ordres de symptômes développés à peu de distance l'un de l'autre ; ceux de l'arachnitis qui précédent, et ceux de la péritonite que vient caractériser la douleur du ventre. L'une et l'autre maladies restent stationnaires, leurs progrès sont lénts pendant les premiers jours ; ce n'est que le quinzième à dater de l'invasion, qu'ils font en quelque sorte explosion pour marcher ensuite avec la plus grande rapidité. Quoique l'ouverture du cadavre n'ait montré qu'une lésion de l'arachnoïde en apparence peu ancienne, nous sommes persuadés qu'elle existait dès l'invasion, qu'à elle seule était due la violente céphalalgie dont se plaignit le malade, et les vomissemens spontanés du début qui, l'un et l'autre avaient bien le caractère sympatique, et ne pouvaient

dépendre, en aucune manière, d'une affection gastrique.

Quant aux vomissemens qui survinrent les deux derniers jours qui précédèrent la mort, quoique de nature également sympathique, ils ne nous semblent pas appartenir à l'arachnitis qui ne les détermine le plus ordinairement que dans sa première période, mais bien à la péritonite qui s'accompagne souvent de ce symptôme à sa terminaison, lorsque la suppuration est déjà établie, ce qui fait qu'ils sont toujours dans cette circonstance du plus mauvais augure.

231. Nous pouvons également remarquer ici l'influence fâcheuse d'un traitement excitant, lorsque tout indiquait le choix d'une autre méthode qu'on aurait certainement employée, si l'on eût reconnu la véritable nature des accidens cérébraux qui furent pris pour des mouvemens purement nerveux; nous voyons en effet augmenter le délire, la sécheresse s'emparer de la langue, la douleur du ventre devenir plus intense, après l'administration des toniques; si les facultés intellectuelles parurent ici plus libres, au moment où les douleurs abdominales s'exaspérèrent et parvinrent au plus haut degré d'intensité, ceci peut très-bien s'expliquer par l'action dérivative qu'auront eu sur l'arachnoïde, l'inflammation du péritoine et l'irritation de la

muqueuse intestinale déterminée par les toniques. Au reste, comme nous l'avons déjà vu, ces sortes de retours passagers à la raison, ne sont pas rares dans le cours de l'arachnitis, et pourraient même jusqu'à certain point, être donnés comme un caractére de sa marche.

SOIXANTE-DIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères.—Hépatisation de tout le poumon gauche.—Légère péritonite.

Boyer, maçon, à Paris depuis trois ans, y eut la première année, la diarrhée et la variole, mais a constamment jouit depuis d'une bonne santé.

Dans la nuit du 21 août 1816, il est pris tout-à-coup d'un mal de tête violent et d'un froid considérable; ces symptômes durent deux jours, après lesquels il survient des vomissemens verdâtres très-abondans : entré à l'Hôtel-Dieu le cinquième jour, depuis l'invasion, voici quel était son état :

Cinquième jour : pupilles dilatées ; céphalalgie ; soubresauts des tendons ; langue rouge aux bords, limoneuse au centre ; poitrine douloureuse à gauche ; voix tremblante ; abdomen douloureux à la pression ; sueur abondante ; pouls fort et fréquent. — Saignée du bras.

Le sixième jour : même état. — Douze sangsues à la tête ; douze sur le ventre.

Le septième jour : malaise général ; respiration haute ; parole difficile ; son de la poitrine, mat à gauche ; abattement extrême ; les membres tombent en masse lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes ; la céphalalgie disparaît. — Quinze sangsues à l'épigastre.

Huitième jour : délire ; vive agitation ; contraction des membres ; mouvemens convulsifs. — On lui fait des affusions froides sur la tête. — Pendant ces affusions, agitation extrême au point qu'on ne peut le contenir ; remis dans son lit, contraction vive de tous les membres ; respiration haute, fréquente, petite, concentrée ; lèvres violettes ; yeux immobiles ; écume à la bouche. — On prescrit un bain. — En sortant de ce bain, sueur abondante ; respiration stertoreuse ; yeux immobiles, demi-ouverts, injectés ; ailes du nez se dilatant à chaque inspiration.

Le neuvième jour : mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — Inflammation et suppuration de toute l'arachnoïde qui recouvre les hémisphères cérébraux avec épaississement et augmentation de densité de cette membrane. — Substance cérébrale généralement flasque. — Poumon gauche entièrement hépatisé. — Péritoine rouge en plusieurs points.

232. Les symptômes des diverses affections, réunies chez ce malade, sont faciles à saisir et se dessinent toutes à grand trait; chez lui la lésion de l'arachnoïde a précédé les autres; à elle seule était due la céphalalgie qu'on ne remarque pas ordinairement d'une manière notable dans la péripneumonie simple et dans la péritonite; elle a également occasionné le trouble de l'intelligence et les autres symptômes nerveux dépendans de la lésion cérébrale qui chez ce sujet était assez marquée.

La gêne de la respiration et la douleur que le malade rapportait au côté gauche de la poitrine, ont dû être plus que suffisantes pour faire soupçonner la complication de pneumonie dont on a été assuré deux jours après, par le son obscur qu'a présenté le côté du thorax; cette gêne de la respiration doit donc être observée avec soin, toutes les fois qu'on croit l'apercevoir au milieu d'autres symptômes cérébraux.

Nous voyons encore ici disparaître la céphalalgie à mesure que la lésion de la poitrine fait plus de progrès, et peu avant l'explosion des accidens les plus graves; à quoi peut tenir cette particularité? Ce ne peut être à un trouble plus grand des fonctions intellectuelles, qui l'aura empêché de percevoir la douleur, comme cela a certainement lieu quelquefois, car le malade jouis-

sait de toute la plénitude de ses facultés lorsque nous l'examinâmes ; la péripneumonie n'aurait-elle pas agi alors de la même manière que la péritonite de l'observation précédente? Au reste, nous le répétons, nous avons vu la disparition de la céphalalgie, ainsi que le retour des facultés intellectuelles un assez grand nombre de fois pour affirmer que ce phénomène n'est pas rare.

Quoique l'affusion froide ait pu paraître indiquée par l'intensité des symptômes, nous croyons cependant que dans cette circonstance elle n'a point été sans influence fâcheuse; car comme nous l'avons fait remarquer en traitant de l'action de ce moyen, c'est surtout dans le cas de phlegmasie ou d'engorgement pulmonaire, qu'il nous paraît contraire, l'astriction qu'il détermine à la surface du corps, devant nécessairement augmenter la congestion déjà établie vers les organes intérieurs.

233. Sans nier entièrement l'existence des péripneumonies désignées jusqu'ici sous le nom d'ataxiques, et que des symptômes nerveux caractérisent principalement, ne pourrait-il pas se faire qu'il n'y eût dans quelques cas qu'une simple complication de phlegmasie de l'arachnoïde, comme cela avait lieu chez le malade qui nous suggère ces réflexions : quelques faits observés incomplètement, tendraient à nous le faire

croire, mais rien jusqu'ici n'a pu nous le prouver d'une manière positive. Si nous ne voyons pas dans ce fait des vomissemens, à la fin de la maladie comme dans l'observation précédente, quoique la péritonite ait été très-facile à reconnaître, soit pendant la vie, soit après la mort, cela tient à ce qu'elle n'a point eu le tems de parcourir toutes ses périodes, et de parvenir à celle de la suppuration, car c'est surtout alors que la péritonite s'accompagne de vomissemens.

SOIXANTE-ONZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis générale.—Sérosité dans les ventricules.—Hépatisation du poumon gauche.

Poupil, âgé de 13 ans, décroteur, d'une constitution en apparence robuste, mais détériorée par la misère et les privations de toute espèce, était tombé, depuis quelque tems, dans la mélancolie la plus profonde, lorsqu'il fut pris sans cause connue, d'une céphalalgie sus-orbitaire qui s'accompagna bientôt de nausées, de vomissemens, d'une légère rougeur de la gorge, et d'une fièvre assez forte; ces symptômes continuant, il s'y joignit une toux sèche et fréquente, de l'assoupissement et même du délire, qui était léger et revenait par intervalle. Pendant six jours, l'enfant resta dans cet état sans recevoir

d'assistance : amené enfin à l'hôpital par ses camarades, nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Céphalalgie violente ; étourdissemens lorsqu'il reste quelque tems assis ; assoupissement; décubitus sur le dos ; mouvemens lents ; face abattue ; yeux tristes ; teinte jaune des joues, du pourtour des lèvres et du nez ; amertume de la bouche ; enduit grisâtre de la langue qui est cependant humide ; soif vive ; abdomen souple ; respiration libre mais fréquente ; pouls faible et rare. — Quatre sangsues au col ; pédiluves sinapisés ; potion gommeuse avec alcool nitrique. — La nuit, délire et assoupissement profond.

Septième jour : sauf l'assoupissement qui est plus marqué, et le ventre plus tendu, les symptômes restent les mêmes ; le soir, la respiration s'embarrasse et devient bruyante ; l'assoupissement est interrompu, à plusieurs reprises, par un délire assez fort ; la bouche se remplit d'écume ; les dents se resserrent ; les bras se contractent d'une manière générale ; les yeux deviennent ternes et insensibles à la lumière. — Décoction de quinquina ; sinapismes ; oxycrat sur la tête.

Huitième jour : coma profond ; respiration toujours très-gênée et stertoreuse ; roideur de tous les membres ; état général très-alarmant. — Vésicatoires ; sinapismes ; glace sur la tête ; décoction de quinquina.

Neuvième jour : même état. — Pédiluves ; sinapismes aux jambes ; un grand vésicatoire sur la poitrine et un derrière chaque oreille ; décoction de quinquina avec dix grains de camphre ; décoction de quinquina avec quinze grains de nitre ; potion avec l'infusion de polygala, un demi-gros de liqueur d'Hoffmann et six grains de camphre ; vin de Bordeaux et bouillon. — Le malade paraît mieux après les pédiluves, mais sous l'influence d'un régime aussi stimulant, continué toute la journée, la fièvre s'allume de plus en plus, la langue se sèche et se racornit, le ventre se déprime, tous les accidens du côté de la poitrine parviennent au plus haut degré d'intensité, et la mort arrive dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — Épaississement et infiltration générale de l'arachnoïde, avec quelques granulations en divers endroits. Quatre ou cinq onces de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne ; injection considérable de tous les vaisseaux de la substance du cerveau ; couleur rosée de la substance corticale en plusieurs points de son étendue. — Plèvres recouvertes de granulations ; lobe postérieur du poumon droit un peu gorgé de sang ; le gauche fortement hépatisé, ne contenant que peu d'air, et laissant exprimer par la pression, une mucosité puriforme. — Cœur sain. Intestins météorisés conte-

nant un paquet de lombricoïdes. Muqueuse d'un rouge très-foncé dans plusieurs points ; les glandes mésentériques correspondantes aux parties enflammées sont engorgées.

(*Observation recueillie par M. Lespagnol.*)

234. Tous les symptômes de l'arachnitis simple, se dessinent à merveille chez cet individu pendant les premiers jours. Un traitement méthodique lui est d'abord administré. C'est vers le septième jour que paraissent les symptômes du côté de la poitrine, puis ceux d'une lésion de la pulpe cérébrale ; nous n'insisterons pas dans ce moment sur ces derniers symptômes, nous ferons seulement remarquer la fâcheuse influence qu'eut à cette époque de la maladie, le traitement tonique et stimulant qui aggrava d'une manière si remarquable, les accidens qui partaient de la tête et de la poitrine ; il est probable qu'à lui seul était due la vive inflammation que les intestins ont présentée dans toute leur étendue, car elle ne s'est développée qu'à une époque avancée de la maladie, lorsque les facultés intellectuelles déjà affaiblies, ont empêché le malade de la sentir et de la manifester ; il n'y a que la tension du ventre qui parut le septième jour, et la rétraction de ses parois qui fut observée peu de tems avant la mort, qui ayent pu la faire soupçonner.

Au reste, il n'est pas rare de trouver chez les malades qui succombent à l'arachnitis, de pareilles lésions que rien n'a pu faire reconnaître pendant la vie.

SOIXANTE-DOUZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères. — Quatre onces de sérosité épanchée sur la surface du cerveau. — Gastrite intense.

Un enfant, âgé de 11 mois, entra à l'hôpital avec plusieurs symptômes de pneumonie à gauche, et d'inflammation de l'estomac, tels que chaleur vive, langue rouge, constipation, cris continuels ; il était au huitième ou au dixième jour de la maladie. — Le sirop et la poudre d'ipécacuanha furent administrés. — Il survint des vomissemens abondans.

Le onzième jour : les vomissemens continuent et ne permettent aucune injection d'aliment dans l'estomac.

Le douzième jour : calme dans la journée, mais le soir exacerbation ; les vomissemens reparaissent avec opiniâtreté.

Le treizième jour : nouvelle dose de sirop et de poudre d'ipécacuanha. — Les vomissemens redoublent et s'accompagnent d'évacuation alvines.

Le soir, agitation extrême ; stupeur et insensibilité presque complètes.

Le quatorzième jour : le mal fait des progrès ; insensibilité absolue ; yeux relevés sous la paupière supérieure ; respiration inégale, suspirieuse ; pouls presque insensible ; extrémités froides. — On applique des vésicatoires et des sinapismes qui font disparaître en grande partie les symptômes alarmans.

Le quinzième jour : disparition complète de la stupeur ; la sensibilité se rétablit ; le pouls se relève ; il n'y a plus de vomissemens. — Nouvelle dose d'ipécacuanha.

Le seizième jour : le petit malade n'a pas eu la force de vomir, mais l'ipécacuanha a procuré beaucoup de selles involontaires ; tous les symptômes cérébraux qui avaient disparu sont revenus avec la plus grande intensité. Mort le matin.

Ouverture du cadavre. — Engorgement considérable de tous les vaisseaux cérébraux. — Épaississement et opacité de l'arachnoïde ; elle contient entre ses deux feuillets à peu près quatre onces de sérosité roussâtre, répandue sur toute la superficie du cerveau, et de plus, plusieurs foyers purulens à la partie antérieure et supérieure de chaque hémisphère. — Ramollissement général de la pulpe cérébrale. — Point de sérosité

dans les ventricules. — Rétrécissement considérable de l'estomac, qui n'est pas plus gros qu'un œuf d'oie ; épaississement de la muqueuse qui est fortement replissée et rouge dans tous les points ; cette rougeur s'étend même dans l'œsophage, à deux travers du doigt au-dessus du cardia. — Nulle altération des autres viscères si ce n'est un engorgement des glandes mésentériques.

(*Observation recueillie par M. Lespagnol*).

235. Quelques difficultés, ont dû nécessairement se présenter ici dans le diagnostic de la complication, à cause de l'âge du sujet qui ne pouvait rien exprimer de ce qu'il ressentait ; cependant l'état général du malade, la rougeur de la langue, la chaleur de la peau et les autres symptômes accessoires, joints à la durée des accidens qui existaient depuis dix jours, auraient dû faire reconnaître, ou au moins soupçonner l'existence d'une irritation vive vers l'estomac ; comment se fait-il donc qu'on ait administré alors un vomitif, et comment concevoir qu'on ait pu recourir encore deux fois de suite à ce moyen, malgré les symptômes effroyables qu'ils ont évidemment occasionnés, et surtout après l'explosion des premiers accidens cérébraux. Ainsi la rougeur de la langue, la soif, la chaleur, méritent une sérieuse attention dans quelque maladie qu'elles se rencontrent, et doivent toujours

faire appréhender quelques complications qui exigent elles-mêmes un traitement particulier.

Est-ce aux dérivatifs appliqués aux extrémités inférieures qu'est due la disparition momentanée des accidens cérébraux, et la cessation des autres phénomènes morbifiques ? Ils peuvent fort bien y avoir contribué, mais l'amélioration est venue trop tard, elle a été d'une trop courte durée, l'altération de l'arachnoïde était alors trop avancée et trop étendue, pour que nous puissions voir ici autre chose qu'une de ces rémissions inexplicables, si fréquentes dans le cours de l'arachnitis, et qu'il n'est pas même rare d'observer quelques instans avant la mort.

SOIXANTE-TREIZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base du cerveau.— Sérosité abondante dans les ventricules.— Gastrite intense.— Affection vermineuse.

Guilen, né à Houille, département de Seine-et-Marne, reçut un coup sur la tête, et peu de tems après, il survint de la céphalalgie. Trois semaines après le coup, cette céphalalgie devint très-intense, et s'accompagna d'assoupissement qui persista malgré l'application d'un vésicatoire sur la tête, et l'administration de plusieurs émétiques en lavage. L'enfant présenta à divers reprises une agitation très-violente accompagnée de

délire ; la fièvre devint continuelle, la chaleur de la peau très-vive, le ventre fit éprouver de la douleur, il se tuméfia, mais sans perdre de sa souplesse, la constipation fut toujours opiniâtre. Entré à l'hôpital un mois après le coup, quinze jours après la manifestation des accidens les plus graves, il présenta l'état suivant :

Face pâle et abattue; bouche entr'ouverte; légère déviation à gauche de la lèvre inférieure ; langue sèche ; yeux fixes ; pupilles un peu dilatées ; assoupissement ; coucher en supination ; agitation continuelle des bras qu'il porte à la tête ; pouls petit, fréquent, faible ; carotides battant avec force ; chaleur générale vive ; de tems en tems l'assoupissement prend plus d'intensité et alors, les paupières s'abaissent et les parois abdominales se contractent fortement, sans que la pression détermine de douleur. — Huit sangsues aux tempes et aux oreilles ; six grains de mercure doux ; sinapismes ; chiendent nitré.

Seizième jour : même état, mais sensibilité excessive du ventre, surtout à la pression. — Vésicatoire à la nuque et aux jambes ; lavement avec miel mercuriel.

Dix-septième jour : diminution de l'assoupissement ; les yeux s'ouvrent et semblent apercevoir ; pupilles moins dilatées ; la figure reste pâle, terreuse et d'une expression chagrine ; respira-

tion haute et fréquente; pouls petit, faible à 130; ventre très-douloureux à la pression; dévoiement; une des selles contient un lombric. — Potion purgative anthelmintique; sinapismes à une jambe; limonade nitrique.

Dix-huitième jour : assoupissement plus fort; rougeur et sécheresse de la langue; du reste, même état. — Même traitement; un nouveau sinapisme à une jambe.

Dix-neuvième jour : même état. — Même traitement; de plus, deux frictions sur la tête avec trois gros d'onguent mercuriel.

Vingtième et vingt-unième jour : perte totale de la vue; pupilles excessivement dilatées; face profondément altérée; bouche entr'ouverte et pleine d'écume; abdomen toujours douloureux à la pression; diarrhée noirâtre; torpeur très-grande. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — Aspect blanchâtre de la portion de l'arachnoïde qui recouvre la protubérance annulaire, le concours des nerfs optiques, et les tubercules quadrijumaux; elle est de plus recouverte dans tous ces points d'une couche albumineuse, et adhère en plusieurs endroits aux parties voisines.

Infiltration sanguine peu considérable à la partie antérieure des hémisphères du cerveau, au-dessous de l'arachnoïde; sinus longitudinal

supérieur gorgé de sang ; circonvolutions cérébrales aplaties ; trois onces et demie de sérosité limpide dans les ventricules ; une once et demie à la base du crâne et dans les fosses occipitales. — Estomac très-ample ; toute sa muqueuse d'un rouge intense, surtout vers le grand cul-de-sac et vers le cardia ; elle paraît plus épaisse que dans l'état naturel ; elle est friable et se détache facilement. — Vingt-neuf lombrics dans les intestins grêles qui présentent en quelques points une rougeur peu étendue et peu foncée. — Nulle trace de contusion vers le cuir chevelu et les tempes.

(*Observation communiquée par M. Thibault.*)

236. A quoi peut-on attribuer la gastrite intense qui survint chez ce malade ? Quoiqu'elle ait pu se développer spontanément comme cela arrive très-souvent, et comme nous l'avons vu dans l'observation précédente, nous croyons en reconnaître ici la cause, dans l'action de l'émétique en lavage qu'on administra après le coup, comme cela se pratique ordinairement ; si nous avons cette opinion sur la cause de cette gastrite, c'est que nous avons trouvé une pareille inflammation de l'estomac chez la plupart des apoplectiques qui ayant survécu un certain tems après l'attaque, furent traités par une semblable méthode ; cette inflammation était surtout marquée lorsque

l'émétique avait été porté à la dose de sept, dix ou douze grains par jour, ou même davantage, comme bien des médecins ont coutume de le faire ; il est donc bon de connaître l'action extrêmement active de ce médicament, pour n'en faire usage qu'avec la réserve et la précaution nécessaires.

Il est probable que l'affection vermineuse aura ici attiré toute l'attention, et qu'on lui aura attribué les accidens qui partaient de l'abdomen ; mais il est facile de reconnaître chez ce malade plus qu'une affection vermineuse; il suffit en effet d'un peu d'attention pour retrouver tous les symptômes d'une forte irritation intestinale, comme la rougeur de la langue, la diarrhée, la sensibilité épigastrique développée par la pression etc. Les purgatifs donnés ici d'une manière continue, ont dû avoir une influence fâcheuse ; s'ils étaient indiqués par l'affection vermineuse, il fallait suivant nous, les choisir parmi les plus doux laxatifs, et non parmi les sels mercuriels.

SOIXANTE-QUATORZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Entérite.

Un jeune homme, fort et sanguin, âgé de seize ans, est pris d'une violente céphalalgie, d'amertume de la bouche, d'épigastralgie et de dévoie-

ment ; un vomitif n'arrête point ce dernier, mais redouble la céphalalgie ; cet état dure huit jours.

Neuvième jour : mouvemens continuels de la tête à laquelle le malade rapporte une grande douleur, surtout au front ; face étonnée ; pupilles fortement dilatées ; regard inquiet ; yeux injectés, fixes ; mouvemens des bras et des extrémités inférieures mal assurés ; langue humide, blanche à sa base, rouge à sa pointe ; soif modérée ; douleur vive dans le ventre lorsqu'on y exerce une pression ; chaleur naturelle de la peau ; délire doux ; rêvasseries ; propos vagues ; quelquefois cependant réponses justes. — Limonade ; potion avec quinquina et camphre ; lavemens avec camomille et camphre ; pédiluves sinapisés ; vésicatoires aux jambes ; glace sur la tête. — Le soir, la fièvre et la chaleur augmentent d'intensité, le délire devient furieux, le malade sort de son lit et fait deux chutes sur la tête ; on est obligé de l'assujettir ; la langue se sèche.

Dixième jour : continuation du délire ; mouvemens de tous les membres ; courbure du tronc à gauche, *sans rigidité du dos ;* yeux extrêmement sensibles à la lumière ; mobilité très-grande des pupilles ; sécheresse de la langue ; le malade ne donne plus de signe de douleur quand on appuie sur l'abdomen ; hoquet. — Même traitement to-

nique. — Le soir dilatation extrême des pupilles ; fréquence très-grande du pouls ; inégale répartition de la chaleur. Mort à deux heures.

Ouverture du cadavre. — Injection, rougeur, et inflammation vive de l'arachnoïde cérébrale et cérébelleuse ; cette inflammation paraît plus intense à la partie antérieure des hémisphères, aux environs de la protubérance annulaire, ainsi qu'à la base et à la partie postérieure du cervelet ; au niveau du lobe moyen, l'arachnoïde adhère avec celle qui tapisse la dure-mère. Celle de la moëlle épinière est dans l'état naturel.

Le péritoine est sain, mais la muqueuse des intestins offre dans toute son étendue une quantité prodigieuse de plaques rouges, de quatre à six lignes de surface ; ces plaques sont dues à un développement de la membrane interne, et en imposent pour des ulcérations. La muqueuse est en général épaissie, nette, rouge, chagrinée, et comme percée d'une multitude de petits orifices, par lesquels s'écoule encore de la mucosité lorsqu'on la comprime entre les doigts.

237. Malgré l'amertume de la bouche et l'épigastralgie, il était facile de reconnaître chez ce malade, autre chose qu'une simple affection gastrique ; il suffit d'examiner pour cela l'extrême intensité de la céphalalgie que le vomitif exaspérait ; le dévoiement accompagné de la sen-

sibilité du bas-ventre, de l'épigastralgie etc. etc. Comment se fait-il donc qu'on ait insisté sur les toniques les plus actifs qui ont anéanti le bon effet qu'aurait pu avoir l'autre partie du traitement; ne doit-on pas leur attribuer la sécheresse de la langue et l'augmentation des accidens cérébraux qui par leur intensité ont empêché le malade de percevoir la douleur que devait déterminer la pression exercée au niveau de l'endroit le plus fortement enflammé.

Ces réflexions que nous a suggérées cette observation et la précédente, s'appliquent entièrement à celle qui va suivre, à l'exception toutesfois du traitement qui a été plus conforme à la nature de la maladie et à la marche des accidens.

SOIXANTE-QUINZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Six onces de sérosité albumineuse dans les ventricules latéraux. — Substance cérébrale généralement molle. — Gastro-entérite.

Paradis, âgé de treize ans, d'une bonne constitution, éprouve tout-à-coup, le 17 mai 1816, des nausées, des vomissemens spontanés, une céphalalgie intense avec fièvre; le 19, un chirurgien lui administre un émétique qui provoque des vomissemens bilieux très-aboundans, sans

procurer de soulagement ; le 22, le malade entre à l'hôpital des Enfans.

Cinquième jour : face abattue ; traits altérés ; nez effilé ; yeux caves, fixes, ternes ; bouche à demi-ouverte ; lèvres d'un rouge tirant sur le brun ; dents sèches ; langue rouge et visqueuse ; douleur et chaleur à l'épigastre ; vomissemens spontanés ; céphalalgie générale intense ; tendance de la tête à se porter en arrière ; anxiété très-grande ; mouvemens continuels pour changer de position ; de tems en tems légers mouvemens convulsifs des membres ; peau brûlante ; le malade se plaint d'un sentiment de froid aux extrémités supérieures, quoique ces parties soient très-chaudes. — Quatre sangsues derrière chaque oreille ; glace sur la tête ; sinapismes aux jambes ; limonade nitrique ; potion avec carbonate de potasse deux gros, et sirop de limon. — Le soir du même jour, convulsions violentes ; délire furieux qui force d'assujettir le malade dans son lit ; face très-rouge ; yeux fixes, ternes, de tems à autre roulant dans les orbites ; lèvres brunâtres et gercées ; grincement de dents ; soif inextinguible ; la pression à l'épigastre fait jeter des cris au malade ; chaleur vive ; sueur abondante à la face ; artères temporales battant avec force. — Vésicatoire à la nuque ; glace sur la tête ; deux sinapismes aux extrémités. — Tous ces accidens aug-

mentent jusqu'à la mort qui arrive à une heure du matin.

Ouverture du cadavre. — Arachnoïde enflammée dans toute son étendue; exsudation puriforme entre cette membrane et la pie-mère, plus abondante sur les parties latérales et la face supérieure que partout ailleurs. Cette membrane était un peu rouge à la base du cerveau. Six onces environ de sérosité floconneuse dans les ventricules latéraux. Mollesse de la substance cérébrale. — Quelques adhérences anciennes dans les plèvres. — Rougeur vive et inflammation de toute la muqueuse de l'estomac, principalement vers le cardia. — Inflammation moins intense de la fin de la muqueuse des intestins grêles. — Injection de l'épiploon.

(*MM. Mitivié et Deslandes. Dissertations.*)

SOIXANTE-SEIZIÈME OBSBRVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères; point de sérosité dans les ventricules. — Rougeur des bronches et de la trachée. — Vive inflammation de la muqueuse de l'estomac et des intestins. — Irrégularité remarquable dans la distribution de la chaleur.

Gosselin, fille, blanchisseuse, âgée de vingt ans, d'une forte constitution, quoique d'un tempérament lymphatique, fut pendant quinze jours, dans un état incertain de santé et de ma-

ladie ; le malaise augmenta graduellement ; il survint de la céphalalgie, des symptômes gastriques, de la dyspepsie, du dévoiement ; n'ayant point été soulagée par une application de huit sangsues à l'anus, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu ; elle présentait alors les symptômes suivans :

Cinquième jour depuis que les accidens prirent un caractère grave : douleur sus-orbitaire, cette douleur subsista pendant toute la maladie ; langue sale à son milieu et très-rouge sur ses bords ; soif ; épigastre très-douloureux ainsi que la région iliaque droite, ce qui a toujours été en augmentant jusqu'à la mort ; respiration un peu gênée ; pouls dur et fréquent. — Dix sangsues à l'épigastre.

Sixième jour : fréquentes envies de vomir ; elles sont suivies de vomissemens muqueux et bilieux qui durent cinq à six jours ; diarrhée. — Vingt sangsues sur l'épigastre et la région iliaque, apportent dans la douleur un soulagement qui n'est que momentané.

Septième jour : délire pour la première fois ; irrégularité du pouls ; légère amélioration dans l'ensemble des symptômes. — Un grain et demi d'opium ; bain ; affusion. — Ces moyens procurent un peu de soulagement.

Huitième jour : même état que le sixième.

Neuvième jour : mêmes accidens ; de plus, irrégularité dans la distribution de la chaleur ; par exemple le front est très-chaud tandis que les bras sont froids. — Douze sangsues à l'épigastre ; cataplasme narcotique après ; deux gros de sirop diacode dans une potion. — Le soir les vomissemens cessent et ne reviennent plus ; même irrégularité dans la distribution de la chaleur ; douleur à la partie supérieure et droite de la poitrine, augmentant par la pression.

Dixième jour : tendance à l'assoupissement ; pommette droite très-chaude, tandis que la gauche est froide. — Quatre sangsues à chaque tempe ; vingt sur l'épigastre ; glace sur la tête. — Le soir, yeux fixes, hagards, larmoyans ; anxiété extrême ; mouvemens convulsifs de la langue.

Onzième jour : nuit agitée ; délire ; visage animé ; yeux tantôt fixes, tantôt roulant dans les orbites ; pupilles dilatées ; conjonctives injectées ; fréquens mouvemens de la tête et de la langue. — Douze sangsues sur les tempes ; douze à l'épigastre ; bain.

Douzième jour : même état des yeux et de tout le reste des autres appareils ; ailes du nez rapprochées ; rougeur et chaleur du côté gauche de la face, tandis que le droit est pâle et froid. — Fomentation sur le ventre avec camomille et vinaigre ; dix-huit grains de musc.

Treizième jour : même anomalie dans la température. — Même prescription.

Quatorzième jour : assoupissement profond ; yeux fixes ; pupilles dilatées ; sueur froide et visqueuse ; pouls d'une fréquence et d'une petitesse extrêmes ; la malade sort plusieurs fois de son assoupissement pour s'agiter fortement, se plaindre et délirer. — Bain avec affusion ; vingt-cinq gouttes de laudanum dans une potion ; sinapismes. — Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — Très-forte adhérence de l'arachnoïde avec la dure-mère, à la partie moyenne supérieure, et un peu postérieure du cerveau, dans une étendue de deux pouces ; dans tous ces points, l'arachnoïde est rouge, opaque, épaissie et très rugueuse; une légère couche séro-purulente est étendue sur la partie moyenne des deux hémisphères. — Les ventricules contiennent à peine quelques gouttes de sérosité ; on en trouve deux cuillerées dans les fosses occipitales. — masse cérébrale injectée, ferme, nullement ramollie. — Cœur flasque se déchirant facilement. — Anciennes adhérences des plèvres. — Poumon droit un peu engorgé en arrière. — Rougeur vive de la muqueuse des bronches et de la trachée. — Égale rougeur de toute la muqueuse de l'estomac ; granulations et ulcérations de grandeurs et de formes variées dans toute l'étendue de

l'ileum, du cœcum et du rectum. — Epiploon rempli de petits tubercules. — Tous les autres viscères sains.

238. Nous avons recueilli cette observation dans les salles de M. Récamier; nous y voyons les symptômes qui caractérisent la gastrite et l'entérite dans toute leur évidence; ils se dessinent toujours avec plus de force à mesure que la maladie fait des progrès.

La gêne de la respiration qui n'a pas lieu ordinairement au commencement de l'arachnitis, s'explique très-bien par l'engorgement presque inflammatoire de la partie postérieure du poumon gauche.

La soif, la rougeur de la langue, l'épigastralgie, les vomissemens qui persistent jusqu'au onzième jour, ne peuvent appartenir qu'à la gastrite; car lorsque les vomissemens sont symptômatiques de l'arachnitis, ils ne paraissent que les premiers jours et cessent promptement; d'un autre côté la douleur dans la région iliaque droite, la diarrhée, etc., sont des indices certains d'une irritation vive dans cette partie de l'abdomen.

L'irrégularité dans la distribution de la chaleur, est ici fort remarquable; ce symptôme, regardé jusqu'ici comme un caractère de la fièvre ataxique, s'est plusieurs fois présenté à nous dans des cas d'arachnitis, mais jamais d'une manière aussi tran-

chée que chez ce malade ; c'est sous le rapport de ce dernier symptôme, que ce fait nous paraît surtout intéressant.

SOIXANTE-DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères du cerveau. — Pleuro-pneumonie.

Leblois, maçon, âgé de vingt-deux ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 9 novembre 1820. Malade depuis le 4, il avait particulièrement éprouvé de la céphalalgie et du dévoiement ; le 6 il eut du délire lequel continua jusqu'au 9. Examiné le 10, il était dans l'état suivant :

Septième jour : face altérée, souffrante ; pupilles peu dilatées ; céphalalgie frontale ; paroles mal articulées, difficiles ; facultés intellectuelles cependant assez libres, mais affaiblies ; plaintes ; appareil locomoteur de la face, du col et des membres nullement altéré ; toux ; crachats rouillés ; abdomen douloureux ; langue tendant à la sécheresse, rosée ; dents fuligineuses ; pouls fréquent, mol, régulier ; état d'affaissement général ; diminution de la sensibilité de la peau. — Quatre sangsues derrière chaque oreille. — Le soir, moins d'affaissement.

Huitième jour : facultés intellectuelles à peu près comme hier ; un peu moins d'abattement ;

facies un peu plus avivé ; pupilles contractiles, naturelles ; toujours difficulté à répondre, quoiqu'il paraisse cependant entendre ; plaintes ; appareil locomoteur libre ; ventre douloureux ; un peu de toux ; pouls moins petit qu'hier. — Quatre sangsues derrière chaque oreille. Quatre à chaque tempe ; huit à l'épigastre ; vésicatoires aux cuisses ; bain tiède.

Neuvième jour : facies hippocratique ; paupières baissées sans être paralysées ; pupilles encore contractiles ; coma extrême ; respiration précipitée ; membres affaissés.

Le dixième jour : mort le matin.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde de la convexité et des parties latérales des hémisphères cérébraux était épaissie, ne se déchirait qu'avec difficulté ; rouge, particulièrement sur les faces latérales du cerveau, elle était laiteuse dans une grande partie de son étendue, ce qui devenait surtout très-sensible dans l'intervalle des circonvolutions où elle était distincte de la pie-mère. — Arachnoïde de la base du cervelet et des ventricules, saine, dans l'état naturel. — Quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux. — Vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang. — Cerveau très-dense et sain dans toutes ses régions. — Poumon droit hépatisé dans toute sa partie postérieure ; plèvre pulmonaire et cos-

tale du même côté couverte, de fausses membranes, avec sérosité floconneuse abondante dans sa cavité. — Plaques brunâtres sur la muqueuse de l'ileon. — Tous les autres viscères sont sains

239. Cette observation est un exemple frappant des modifications qu'une maladie peut amener dans la marche et dans la forme d'une autre qui la complique. Ici l'arachnitis a voilé presqu'entièrement la pleurésie qui ne fut pas reconnue ; l'expectoration rouillée, et la petite toux que présentait le malade, étaient les seuls symptômes qui pouvaient être rapportés à la lésion de poitrine, et encore l'expectoration n'avait lieu que très-rarement. Si plusieurs fois nous avons trouvé les symptômes de la phlegmasie de l'arachnoïde peu développés, quelquefois même latens pendant un certain tems, lorsqu'il existait une affection de poitrine grave, nous voyons maintenant le contraire, l'affection thoracique cachée par l'affection de l'encéphale. (1)

L'observation suivante va nous offrir une arachnitis compliquée avec diverses lésions de poitrine et du ventre, ce qui ne permettra pas aux symp-

(1) On retrouvera un fait semblable à celui-ci, la pleurésie étant latente, à l'observation 19e.

tômes cérébraux de se dessiner d'une manière tranchée.

SOIXANTE-DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères et des ventricules.—Sérosité abondante dans ces cavités et à la base du cerveau. — Pleurésie. — Pneumonie. — Violente gastrite. — Inflammation de la prostate et de tout le tissu cellulaire du bassin. — Fusées purulentes le long du nerf sciatique.

Tabot, cocher de fiacre, âgé de 68 ans, s'étant livré à des excès de table, fut pris le soir même d'une céphalalgie très-vive, de douleurs d'estomac et de ventre, de chaleur générale avec malaise, sentiment de lassitude et diarrhée très-abondante ; cet état durait depuis quinze jours, lorsque la douleur de tête et les autres accidens s'étant tout-à-coup exaspérés, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Alors, abattement général ; assoupissement continuel dont on peut cependant retirer le malade ; céphalalgie forte ; abdomen généralement douloureux à la presssion, surtout dans la région iliaque gauche ; langue rouge et sèche ; soif intense ; constipation depuis quinze jours ; pouls fort et fréquent ; respiration gênée ; douleur au côté gauche de la poitrine qui est mat

à la percussion. — Saignée de deux palettes ; quinze sangsues sur le ventre ; dix sur la poitrine ; bain ; boissons adoucissantes.

Le lendemain : assoupissement plus profond ; même état du système digestif ; amélioration dans les symptômes du côté de la poitrine. — Orge édulcorée ; quinze sangsues sur le ventre ; deux vésicatoires aux jambes ; fomentations ; lavemens.

Dix-huit et dix-neuvième jour : assoupissement plus profond ; on a de la peine à en retirer le malade ; cependant lorsqu'il est éveillé il se plaint de céphalalgie et d'une douleur excessivement vive dans la fesse du côté gauche. — Douze sangsues sur cette dernière partie ; autant sur l'abdomen ; large vésicatoire à la région ischiatique. — Point de soulagement ; le soir, léger délire suivi de somnolence.

Vingtième jour : mêmes accidens que la veille. On reconnaît l'existence de symptômes cérébraux. — On met le malade dans un bain à vingt-cinq degrés ; on lui donne une affusion à 16°. — Ces moyens n'ont aucune action.

Vingt-unième jour : le malade est dans son lit comme une masse inerte et se laisse mouvoir au gré de ceux qui l'entourent ; il ne présente ni roideur, ni paralysie ; on ne peut obtenir de

lui aucune réponse.—Le bain et l'affusion sont renouvelés.

Mort le lendemain matin.

Ouverture du cadavre. — Arachnoïde de la face supérieure des hémisphères cérébraux, généralement opaque et épaissie ; celle qui tapisse les ventricules présente la même altération et de plus des rugosités et des granulations bien marquées.—Cinq onces de sérosité se trouvent épanchées dans toute la cavité de l'arachnoïde et à la superficie du cerveau ; les ventricules en sont également distendus. — Inflammation et adhérences récentes de la plèvre droite. — Hépatisation du poumon de ce côté, en arrière seulement. —Rougeur presque noirâtre ; épaississement et sorte d'induration de la muqueuse de l'estomac. — Rate gorgée d'un sang analogue à de la lie de vin. — Le petit bassin était converti en un vaste foyer purulent qui occupait tout le tissu cellulaire dont il est rempli. — Le prostate avait triplé de volume.—La vessie revenue sur elle-même, avait trois à quatre lignes d'épaisseur et baignait dans le pus. — L'origine des nerfs sciatiques était saine, mais à leur sortie du bassin, le gauche avait pris une couleur rouge ; du pus existait entre ses faisceaux. — Quelques fusées purulentes se trouvaient çà et là entre les muscles de la cuisse.

240. Les affections que nous voyons toutes réunies chez ce sujet d'une manière si remarquable, ont pu se faire connaître ou au moins se faire soupçonner pendant la vie, par les symptômes qui leur sont particuliers ; la douleur de l'épigastre, celle de la région pelvienne, celle qui se fixa dans la fesse gauche, correspondent très-bien aux altérations que nous offrent l'estomac, le bassin et le nerf sciatique. La gêne de la respiration a dû indiquer une lésion du poumon dont l'existence a été bientôt démontrée par le son mat qu'a fourni la percussion de la poitrine. Au milieu du trouble qu'a dû apporter dans toutes les fonctions un désordre aussi considérable, on ne voit que d'une manière fugace les symptômes caractéristiques de l'arachnitis ; la céphalalgie, l'assoupissement, ne frappèrent point dans le principe, et furent attribués à la réaction sympathique des organes enflammés sur le cerveau ; on ne put reconnaître leur véritable nature, que lorsqu'ils eurent acquis un certain degré d'intensité qui ne fut jamais bien considérable ; il est cependant évident par le résultat de l'autopsie, que l'arachnitis existait depuis long-tems, et qu'il faut reporter son origine au moment où les autres parties furent affectées, et que ces diverses inflammations paraissent reconnaître pour cause les excès que commit le malade.

Nous avons trouvé plusieurs fois sur les cadavres, des traces d'arachnitis coïncidant avec d'autres lésions, sans qu'il nous ait été possible, pendant la vie, d'en soupçonner l'existence, les malades ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, et n'ayant jamais accusé la moindre douleur de tête; nous donnerons plus tard des exemples de cette singulière manière d'être de l'arachnitis, qui ne se trouveront pas comme celle-ci, coïncider avec d'autres complications. C'est surtout lorsque plusieurs et même toutes les séreuses se trouvent simultanément enflammées, que cette phlegmasie paraît se couvrir d'un voile impénétrable.

SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères du cerveau. —Rhumatisme articulaire.

Une femme, âgée de trente-huit ans, d'une constitution robuste, avait pris l'état de blanchisseuse, ne pouvant supporter l'effet du mercure qu'elle employait en dorant de petits objets; étant grosse pour la treizième fois, elle éprouve des chagrins domestiques; sa santé s'altère sans cependant l'obliger de discontinuer ses occupations; les accidens augmentent; elle perd entièrement le sommeil, et elle accouche avec beaucoup de

peine, après un travail long et pénible; pendant six jours la faiblesse est extrême; il survient de la fièvre, du délire, et des coliques atroces qui obligent la malade de se rouler par terre et de se serrer fortement le ventre; tous ces accidens n'empêchent point les lochies de couler; elles se suppriment le septième jour avec les coliques et le délire, et tout-à-coup, un rhumatisme s'empare de toutes les articulations qui deviennent rouges, douloureuses et tuméfiées; la malade perd l'usage de ses jambes et du bras gauche; elle reste dans cet état pendant treize jours, avant de se faire transporter à l'Hôtel-Dieu.

Outre les symptômes particuliers à l'affection rhumatismale, on observa les suivans : céphalalgie frontale et occipitale très-vive; paupières fermées, quoiqu'elle ne dorme pas; œil droit rouge, chassieux, sa pupille est contractée; la malade n'en voit pas; le gauche est net, brillant, sa pupille est dilatée; rougeur très-vive et alternative de l'une et de l'autre joue. Depuis l'invasion du rhumatisme, insomnie; amertume de la bouche; vomissemens de matières bilieuses et exaspération marquée de tous les symptômes, tous les jours entre deux et quatre heures. — Une saignée; douze sangsues à la vulve; un bain.

Dix-neuvième et vingtième jour: amélioration

de l'affection rhumatismale, mais la langue reste sèche, le ventre devient douloureux. — Saignée ; application de sangsues sur les articulations.

Jusqu'au vingt-troisième jour : continuation des mêmes symptômes ; insomnie ; même état de la langue et du ventre ; la pupille droite reste toujours contractée, la gauche est dans l'état naturel ; on remarque, pour la première fois, des soubresauts dans les tendons ; l'affaiblissement devient très-considérable.

Le vingt-quatrième jour : la céphalalgie qui n'a jamais discontinué, prend beaucoup d'intensité ; soubresauts plus violens ; mouvemens convulsifs ; tremblement de la lèvre inférieure ; vive épigastralgie ; langue sèche et fendillée ; difficulté très-grande à parler ; dureté de l'ouïe ; les facultés intellectuelles restent toujours en bon état ; peu à peu, les symptômes prennent plus d'intensité ; la respiration s'embarrasse et devient stertoreuse ; la parole se perd, et la mort arrive le vingt-septième jour.

Ouverture du cadavre. L'arachnoïde avait perdu sa transparence dans toute son étendue ; on l'enlevait facilement avec la pie-mère de dessus le cerveau, par lambeaux épais de plus d'une ligne, qui étaient tenus et ne se déchiraient pas facilement. — entre l'arachnoïde et la pie-mère existait une exsudation puriforme, épaisse, con-

sistante, opaque, jaunâtre; cette exsudation était en plusieurs points, du véritable pus. — Point de sérosité dans les ventricules du cerveau. — Etat sain de tous les viscères de l'abdomen. — Pus dans la plupart des articulations affectées par le rhumatisme. — On trouve du pus dans la chambre antérieure de l'œil droit dont tout le corps vitré est opaque, consistant et d'un blanc laiteux.

(*Observation communiquée par M. Deslandes*).

241. Quelques circonstances qui ne sont pas tout-à-fait indignes de remarque, nous sont fournies par cette observation.

L'accouchement paraît ici la cause déterminante de l'arachnitis et des autres accidens qui ont leur siége dans le bas ventre, et auxquels la malade était déjà disposée par la fatigue de la grossesse, ses peines domestiques et le mauvais état de sa santé. La rapidité avec laquelle le rhumatisme diminue ou fait disparaître les accidens qui partaient soit de la tête, soit du péritoine, soit de l'utérus, nous donne un exemple frappant de dérivation, et nous montre la manière dont agissent les irritations que nous déterminons artificiellement, et dans quelques circonstances avec tant de succès.

Les symptômes fugaces, et pour ainsi dire inappréciables de l'arachnitis qu'on aperçoit ici, et qui sont loin d'être en rapport pour l'intensité,

avec la gravité des lésions organiques, confirment ce que nous avons dit dans les réflexions qui accompagnent l'observation précédente, que plus les complications de l'arachnitis sont fortes et multipliées, moins les symptômes qui la caractérisent ont d'intensité ; nous ne voyons de remarquable ici que la céphalalgie, car le délire et la dilatation d'une pupille, ne furent que momentanés et disparurent aussitôt après l'invasion du rhumatisme.

Nous ne parlerons pas du pus qui se trouva dans les articulations malades, il n'indique que la violence du rhumatisme ; nous ne dirons rien non plus de celui qui se trouva dans la chambre antérieure de l'œil droit, il n'a aucun rapport avec les affections principales qui seules doivent nous occuper.

QUATRE-VINGTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Léger épanchement dans les ventricules. — Perforation de l'estomac et du diaphragme avec perte de substance considérable, et communication, au moyen de cette perforation, entre la cavité de l'estomac et celle de la poitrine. — Gastrite intense.

Maurice (Marie), fille, domestique, âgée de vingt-deux ans, d'une forte constitution, très-

vive et très-irritable, avait conservé un violent chagrin de quelques paroles injurieuses dont son maître s'était servi à son égard. Après l'époque de ses règles qui vinrent comme à l'ordinaire, elle perdit l'appétit, ressentit un violent mal de tête, puis rejeta par le vomissement des matières verdâtres mêlées aux alimens qu'elle venoit de prendre.

Au bout de quatre jours, elle éprouva des frissons suivis de chaleur et d'une sueur abondante, elle rejeta quelques cuillerées de vin qu'on lui donna, et ne prit pour étancher sa soif que de l'eau sucrée qu'elle but en très-grande quantité; cet état durait depuis huit jours, lorsqu'elle perdit l'usage de la parole, et ne voulut plus boire; alors ses maîtres la conduisirent à l'hôpital Necker, où elle fut admise, le 11 juillet 1820, étant dans l'état suivant :

Demi somnolence; lorsqu'on en retire la malade en lui parlant haut, ou en l'excitant, elle ouvre les yeux avec un air de stupeur; pupilles dilatées, surtout la gauche; perte complète de l'usage de la parole; elle ne peut ouvrir la bouche; quand on lui demande de tirer la langue, elle tourne seulement la tête vers la personne qui lui parle; sensibilité obtuse et presque nulle quand on la pince sur les membres; la respiration paraît libre et surtout un peu plus courte

que dans l'état naturel ; le ventre est souple, point tendu, et ne donne aucun signe de sensibilité à la pression ; le pouls est élevé, fréquent, régulier ; la peau sèche et chaude. — Limonade végétale ; gomme édulcorée ; huit sangsues aux tempes ; vésicatoires aux jambes.

Huitième jour : face très-colorée et recouverte d'une légère sueur ; paralysie de la paupière supérieure gauche ; pupille du même côté très-dilatée et immobile ; mâchoires resserrées ; on a beaucoup de peine à les écarter pour faire boire la malade qui avale cependant sans difficulté, mais n'entend rien à ce qu'on lui dit ; urines rares ; constipation ; agitation dans son lit. — Vésicatoire à la nuque.

Neuvième jour : les mâchoires sont moins serrées ; la malade paraît avoir recouvré l'ouïe, elle ouvre un peu la bouche, et laisse voir la pointe de la langue qui est recouverte de mucosités verdâtres ; le prolapsus de la paupière supérieure, et la dilatation considérable de la pupille de l'œil gauche restent les mêmes ; cependant la sensibilité générale paraît plus facile à exciter ; quand on pince la peau des bras ou des cuisses, la malade les retire aussitôt sans proférer une seule plainte ; si on presse les régions iliaque et hypogastrique, elle exprime sa douleur par des grimaces et en portant sa main pour

écarter celle qui la presse; pouls développé, résistant, naturel pour la fréquence; respiration libre; point de toux. — Arnica; limonade végétale; ventouses scarifiées autour du col; vésicatoires aux cuisses et à la nuque.

Dixième jour : les personnes de service disent qu'elle a prononcé quelques mots dans la matinée; la joue est tournée du côté droit et relâchée du côté gauche; la joue gauche ne donne aucune marque de sensibilité quand on la pince, quoique le bras et la cuisse de ce côté soient très-sensibles à ce mode d'excitation; la douleur du ventre que développe la pression paraît augmentée; point d'évacuation. — Dix sangsues de chaque côté du col; large vésicatoire sur la tête; lavemens purgatifs; le reste comme la veille.

Onzième jour : dilatation de la pupille de l'œil droit; somnolence; la malade chasse aux mouches; vers les six heures du soir, paroxisme violent; face très-colorée; l'œil droit est bien ouvert, brillant et fixe; cris aigus que l'on entend pour la première fois depuis le commencement de la maladie; agitation continuelle des membres; cette fille porte sans cesse sa main *autour de l'épigastre et au-dessous du sein gauche, où elle l'applique fortement;* écoulement de beaucoup de salive par la bouche; impossi-

bilité de rien avaler ; quelques grincemens de dents. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — La tête offrait à l'extérieur, deux ecchymoses au-dessous du front, larges comme un écu de trois francs ; au-dessous de ces ecchymoses l'os était parfaitement sain.

A l'intérieur du crâne, les membranes n'ont offert *aucune* lésion, à l'exception de la pie-mère qui dans le voisinage de la protubérance annulaire et du commencement de la moëlle allongée, était infiltrée de sérosité; sur tous ces points, entr'elle et l'arachnoïde *qui était saine*, se trouvait une couche gélatineuse, albumineuse, et tremblante, contenant dans ses mailles de la sérosité, et ayant partout plus d'une ligne d'épaisseur. — La substance du cerveau n'a offert aucune lésion. — Les ventricules contenaient environ une demi once de sérosité limpide. — Le diaphragme offrait à la partie gauche, une ouverture arrondie, de la largeur d'un écu de six livres, avec perte de substance, opérée par la gangrène, dont on trouvait encore des traces ; l'estomac engagé dans cette ouverture sans adhérer en aucune manière à ses bords, était auss perforé dans la même étendue que le diaphragme, vers l'extrémité gauche de la petite courbure, de sorte que sa cavité communiquait avec celle de la poitrine. Les bords de la perforation de l'es-

tomac étaient lisses, coupés régulièrement; les parois de l'organe étaient en cet endroit blanches, transparentes et amincies, et sa muqueuse extrêmement rouge sans être épaissie; cette rougeur se continuait tout le long de la grande courbure et dans la moitié inférieure de ce viscère; elle était encore plus vive vers la fin de l'iléum, dans l'étendue de plus d'un pouce; la muqueuse était parfaitement saine. — Les poumons ne présentaient rien de particulier, si ce n'est deux ou trois glandes bronchiques engorgées de matière tuberculeuse.

— La cavité de la poitrine perforée, contenait environ six onces d'un liquide brun, visqueux, semblable à un mélange de vin et de bouillon, couvert de gouttelettes de graisse, et qui avait probablement pénétré de la cavité de l'estomac, dans celle de la poitrine, lors de la perforation. — Il n'existait aucune rougeur dans la bouche, le pharynx et l'œsophage, ni aucune lésion qui pût faire soupçonner l'action d'un corps irritant.

(*Observation communiquée par M. le docteur Cayol.*)

242. Il est impossible de présenter un exemple plus beau et plus singulier d'arachnitis compliquée de lésion non cérébrale, que celui que nous offre cette observation; elle appartient à M. le

docteur Cayol qui l'a recueillie dans son hôpital, et qui nous l'a communiquée avec un empressement et des marques de bienveillance, que nous savons apprécier. Les talens qui distinguent ce médecin, et les grandes connaissances qu'il possède en anatomie pathologique donnent à ce fait une nouvelle importance. Tous les symptômes de l'arachnitis se trouvent ici décrits avec la justesse, la précision et l'exactitude qu'on voudrait trouver dans toutes les observations ; nous ne les rapporterons pas, ce serait inutile; mais nous nous arrêterons un instant sur les détails de l'autopsie.

Il y est dit expressément, que les membranes du cerveau n'offrirent *aucune* lésion, que l'arachnoïde était *saine*, et on ajoute, que la première était infiltrée de sérosité dans le voisinage de la protubérance annulaire et le commencement de la moëlle allongée, que sur tous ces points, entr'elle et l'arachnoïde, se trouvait une couche élatineuse, albumineuse et tremblante, conenant dans ses mailles de la sérosité, et ayant partout plus d'une ligne d'épaisseur ; nous croyons que les membranes n'ont présenté aucune altération ; mais d'où pouvait venir cette couche gélatineuse si bien décrite, qui se trouve au-dessous de l'arachnoïde ? Nous l'avons rencontrée un si grand nombre de fois dans des cas d'arachnitis

simple, les symptômes s'accordent si bien ici avec les lésions organiques, que nous n'hésitons pas un seul instant à le regarder comme un produit de l'inflammation de l'arachnoïde ; si cette membrane ne présente ici au-dessous de la concrétion, ni épaississement ni perte de transparence, qui nous l'avouerons, sont quelquefois difficiles à reconnaître, cela tient à des circonstances particulières qui ne changent rien à la règle générale ; il est, au reste, facile de se convaincre de cette vérité, en faisant attention aux faits nombreux que nous citons, et dont plusieurs n'ont offert d'autre altération pathologique, que cette espèce de couenne gélatineuse.

Rien n'a pu faire soupçonner la perforation de l'estomac et du diaphragme, car les facultés intellectuelles étaient trop troublées pour que la malade rendît compte de ses sensations, et quand même elles auraient été intactes, nous doutons fort qu'on ait pu soupçonner et encore moins reconnaître une pareille lésion qui par elle-même est très-rare, qui n'a rien de constant dans ses symptômes, et qui s'accompagne toujours d'un trouble et d'un désordre au milieu desquels on ne peut rien distinguer. Que conclure, dans une pareille circonstance, de la douleur que la pression sur l'épigastre détermina vers le dixième jour, et du mouvement automatique de la ma-

lade, qui lui fit appliquer la main au-dessous du sein gauche, vis-à-vis l'endroit où se trouvait la perforation ?

Nous pourrions nous étendre sur la cause de cette rupture, sur son mécanisme, et la rapprocher de quelques faits analogues, mais nous sortirions de notre sujet et des bornes que nous nous sommes prescrites (1).

On ne doit point être étonné, de ne trouver dans ce second article, entièrement consacré aux modifications, que peut faire subir à l'arachnitis les diverses complications non cérébrales des développemens ou des réflexions portant sur le siége des diverses régions de cette membrane enflammée, l'article précédent ayant été plus que suffisant pour tracer les différens caractères qui les distinguent.

ARTICLE III.

Arachnitis cérébrale, complications cérébrales.

243. Si le diagnostic de l'arachnitis présente de grandes difficultés lorsque cette inflammation est simple, débarrassée de toute affection étran-

(1) Nous avons cru devoir insister sur tout ce qui prouve dans ce fait, l'existence de l'arachnitis, parce que nous savons qu'il a été considéré comme une preuve de la présence des symptômes cérébraux, indépendant de toute phlegmasie des meninges.

gère; si ces difficultés augmentent lorsqu'elle se trouve compliquée de lésions non cérébrales qui par leur nature ne simulent cependant que très-rarement quelques-uns des caractères de la phlegmasie de la séreuse céphalique, que doit-il en être lorsque cette même phlegmasie coïncide avec des lésions cérébrales, avec des lésions dont presque tous les signes sont communs. Aussi en traitant comme nous le faisons, de ces complications en dernier lieu, en les plaçant à la fin de la clinique de l'arachnitis, nous avons voulu posséder le plus de données possibles, pour pouvoir, sinon distinguer dans tous les cas, les phénomènes purement arachnitiques de ceux qui dépendent des autres affections de l'encéphale, du moins reconnaître les symptômes propres à l'inflammation de l'arachnoïde, et par voie d'exclusion, considérer ensuite ceux qui leur sont étrangers, comme dépendans de la complication cérébrale, si toutefois ces symptômes se trouvent parfaitement en rapport avec les notions que nous possédons déjà sur les différentes lésions du cerveau. En effet, dans le précédent article, nous avons vu que les phénomènes de l'arachnitis étaient toujours les mêmes, quelles que fussent les maladies aiguës coïncidantes; nous avons vu que celles-ci n'agissaient qu'en diminuant l'intensité des premiers, qu'en

masquant plus ou moins leur existence, mais jamais en revêtant leur forme, en empruntant leurs symptômes, ceux-là surtout, que l'on peut pour ainsi dire appeler pathognomoniques des affections cérébrales, ceux-là qui portent simultanément sur les appareils sensitif et locomoteur. La péripneumonie, la péritonite ne s'expriment point par une paralysie d'un bras, par une agitation continuelle jointe à des convulsions ; jamais on ira confondre les symptômes des maladies d'une de ces deux cavités, avec ceux qui sont fournis par les affections des organes contenus dans le crâne : le rhumatisme quelque soit son siége, qu'il soit fixé sur les muscles, sur les synoviales ou sur les nerfs, et c'est peut-être la maladie non céphaliqne la plus capable de donner lieu à quelques méprises, ne s'annonce pas par un délire accompagné ou suivi de renversement de la tête en arrière, ou par une céphalalgie qu'un coma rapide vient terminer d'une manière funeste. Aussi dans ce nouvel examen, c'est particulièrement à l'aide de ces symptômes auxquels nous avons reconnu une valeur véritable, que nous distinguerons les unes des autres, les diverses lésions que nous allons tour-à-tour passer en revue.

Ces lésions sont les suivantes : outre les fractures dont nous avons déjà parlé dans l'article

de l'arachnitis simple, sous le point de vue des causes, nous avons rencontré les épanchemens sanguins à l'extérieur de la dure-mère, l'inflammation de cette membrane, les apoplexies, les ramollissemens de la pulpe cérébrale, la céphalite, les tumeurs développées en dehors de l'arachnoïde, celles qui se forment dans la substance même du cerveau, telles que les squirrhes, les tubercules, enfin quelques altérations de la moëlle épinière.

244. Avant de jeter un coup-d'œil sur ces diverses complications, nous dirons deux mots des altérations que l'arachnoïde laisse à la suite de son inflammation, alors même qu'elle s'est terminée d'une manière favorable. Cette membrane séreuse conserve le plus ordinairement un épaississement et une opacité que l'on est souvent porté à confondre avec des traces d'une arachnitis récente, et d'où, la nécessité d'admettre des complications qui sont bien loin d'avoir existé ; dans ces cas, il faut consulter les phénomènes qui ont été offerts par la maladie, et si l'on trouve qu'ils se rapportent entièrement à ceux qui caractérisent l'inflammation de l'arachnoïde, et qu'ils sont tout à fait conformes au mode d'altération de son tissu, il faut reconnaître l'existence de l'arachnitis comme maladie coïncidante, autrement on doit la rejeter et ne pas aller encore chercher des dif-

ficultés imaginaires, en voulant établir des maladies occultes, là où il n'en existe aucune. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet dans plusieurs autres circonstances où nous espérons démontrer que pour certaines maladies, l'apoplexie par exemple, ces résultats d'inflammation méritent d'être réduits à leur juste valeur.

QUATRE-VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère gauche. — Fracture du crâne. — Épanchement sanguin. — Désorganisation d'un point de la pulpe.

Théophile Jonathas, âgé de trente-cinq ans, jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'il apprit dans les premiers jours de septembre 1820, que la police était à sa recherche. Il conçut alors le projet de se suicider.

Le 9 du même mois, après être sorti comme à l'ordinaire, de la maison qu'il habitait, il n'y rentra que le soir à une heure très-avancée; et sur les reproches qui lui furent faits à ce sujet, il ne proféra pas une seule parole et alla se coucher. Dans la nuit, il eut plusieurs vomissemens d'un *liquide blanchâtre*.

Le 10 septembre : il se lève et fait preuve dans la journée d'un trouble bien sensible des fa-

cultés intellectuelles ; il ne prononce pas un mot, et ne répond nullement aux questions qui lui sont adressées ; remis dans son lit, il en tombe à plusieurs reprises, et se fait de fortes contusions à la tête.

Le 11 : il se donna de nouveau plusieurs coups à la tête, en se la frappant sur le carreau. Cependant l'on monta dans sa chambre et on le trouva dessous son lit, sans connaissance : on le transporta alors à l'Hôtel-Dieu. On apprit qu'il avait bu une demi-bouteille d'un eau blanche qui fut reconnue pour être de l'eau de Mettenberg. Examiné le 11 septembre, il était dans l'état suivant :

Vingt-unième jour : le cuir chevelu était le siége d'une large ecchymose qui s'étendait particulièrement sur le côté droit et derrière l'oreille, ainsi que sur la région pariétale gauche. Il existait une plaie demi-cicatrisée peu profonde, un peu au-dessus de l'oreille droite. Le malade était dans un état d'assoupissement, avec agitation générale momentanée ; la parole était impossible ; la figure animée sans aucun autre caractère particulier ; le pouls était fort, élevé ; les battemens du cœur tumultueux. — Vingt sangsues furent appliquées derrière les oreilles.

Le 12 septembre, troisième jour : facies naturel, comme dans le sommeil ; pupilles peu

contractiles ; paupières supérieures ne pouvant s'élever complétement ; bouche tirée à gauche ; on n'a pu s'assurer de la direction de la pointe de la langue parce qu'il ne pouvait la sortir ; état comateux dont on ne peut le retirer en l'excitant : interrogé, il ne prononce qu'un monosyllabe inintelligible, mais il paraît entendre d'après les différens mouvemens qu'on lui fait opérer, et qu'il exécute avec exactitude ; sensibilité des membres moindre que dans l'état naturel, mais égale des deux côtés ; tête penchée à gauche ; agitation momentanée, et au même degré des membres supérieurs qui peuvent cependant exécuter des mouvemens volontaires ; point de roideur sensible des bras ; point de trismus ; pouls moins fort qu'hier, sans fréquence, régulier ; peau douce et peu chaude ; décubitus en supination ; respiration naturelle. — Saphène ; vingt sangsues aux jugulaires.

Quatrième jour : face naturelle pour l'expression ; pupilles également contractées et insensibles ; bouche toujours déviée à gauche ; coma plus profond ; il n'entend plus ce qu'on lui dit ; sens et facultés intellectuelles nuls ; point de trismus ni de roideur du col, mais agitation passagère automatique, égale des deux extrémités supérieures ; diminution de la sensibilité plus prononcée au bras droit qu'au gauche ; langue

sèche ; pouls régulier, sans fréquence ; respiration suspirieuse, haute, profonde ; membres froids. — Gomme arabique.

Cinquième jour : face moins naturelle, pâle ; pupille gauche contractée, non contractile ; la droite naturelle, se resserrant un peu par l'action de la lumière ; insensibilité *complète* des *deux bras* qui sont flasques ; pouls plus faible, sans fréquence ; respiration râleuse, accélérée ; chaleur douce, générale. — Traitement *id.* — Mort à trois heures dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. Large ecchymose avec sang épanché entre le cuir chevelu et le péricrâne, dans toute la région postérieure de la tête et particulièrement à gauche vers la région occipito-temporale.

2°. Fracture de l'angle postérieur et inférieur du pariétal gauche, dans l'étendue de quelques travers de doigt. — Ecartement de la suture occipito-temporale du même côté. — Félure du pariétal droit, vers l'angle postérieur et inférieur.

3°. Epanchement abondant d'un sang noir, coagulé, dense, entre le crâne et la dure-mère décollée, adhérent intimement à cette dernière, et existant dans l'étendue de plusieurs travers de doigt, vers l'angle postérieur et inférieur du pariétal gauche, le cerveau se trouvant fortement

déprimé dans cet endroit (à l'extrémité postérieure et externe de l'hémisphère gauche.)

4°. Arachnoïde de la partie latérale de l'hémisphère gauche, au-devant de l'épanchement, enflammée, d'un rouge foncé, conservant cette teinte malgré les lavages et offrant un épaississement très-sensible dans l'étendue de plusieurs pouces. —La portion correspondante du feuillet qui tapisse la dure-mère, conservait une couleur rosée après les lotions. Tout le reste de l'arachnoïde sain, légèrement injecté dans quelques points.

5°. L'arachnoïde des ventricules saine; une demi-cuillerée de sérosité claire dans le ventricule droit; à peine dans le gauche.

6°. Désorganisation rougeâtre de la substance corticale de l'hémisphère gauche, qui est réduite en bouillie dans l'étendue de près d'un demi-pouce, dans le point qui répond au centre de la phlegmasie de l'arachnoïde, tandis que celle qui répond à la contusion extérieure est à peine altérée, et celle sur laquelle repose l'épanchement sanguin, dans l'état naturel, et seulement déprimée.

Nul liquide dans l'estomac ni dans les intestins. — Muqueuse gastro-intestinale saine. — Les autres organes sains.

245. Dans cette observation, il nous est facile

de reconnaître que l'épanchement sanguin joue le premier rôle, et que l'arachnitis qui n'a point été assez intense pour influer sur les caractères extérieurs de la maladie, est ici bien secondaire. Que voyons-nous en effet, si non tous symptômes qui se rattachent à une lésion de la pulpe où à sa compression, et aucun de ceux qui caractérisent la phlegmasie de l'arachnoïde.

L'aspect général du malade, son facies, son sommeil, la possibilité de se mettre en rapport avec les assistans lorsqu'on l'excite, le calme du coma, l'abolition consécutive des facultés intellectuelles et la perte complète de la sensibilité générale le jour même de la mort, sont des symptômes que nous ne pouvons rapporter qu'à la compression exercée par le sang épanché sur l'encéphale.

Cet épanchement accumulé vers l'angle postérieur et inférieur du pariétal gauche, et déprimant en cet endroit le cerveau, est incontestablement la cause de la déviation de la bouche à gauche, de la direction de la tête du même côté, symptômes qui survinrent le troisième jour, et de la diminution de la sensibilité du bras droit qu'on observa le quatrième.

Quant au défaut de contractilité de la pupille gauche, tandis que la droite était encore un peu sensible à la lumière, pourrait-on l'attribuer à la

demi-once de sérosité trouvée dans le ventricule droit ?

L'agitation générale observée le second jour, et les mouvemens automatiques qui eurent lieu momentanément dans les extrémités supérieures, nous paraissent reconnaître encore pour cause, la présence du sang qui agissant comme corps étranger, aura irrité l'arachnoïde et amené ensuite la désorganisation de la substance corticale située immédiatement au-dessous. Ici nous n'avons pas d'effet de paralysie des membres, ce qu'il faut peut-être attribuer au siége de l'épanchement; en tout cas nous remarquerons encore au sujet de cette observation, le peu de constance de la paralysie de l'appareil locomoteur des membres; quant à celle de la sensibilité du bras droit, la compression et l'altération de la pulpe suffisent pour l'expliquer.

Dans le fait suivant, nous allons voir l'arachnitis beaucoup mieux dessinée, prendre une plus grande part aux divers phénomènes de la maladie.

QUATRE-VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Fracture du crâne. — Épanchement sanguin.

François Mazarin, âgé de quarante-trois ans, paveur, reçoit le 6 septembre 1818, à onze

heures du soir, un coup de bâton, qui porte sur le côté gauche inférieur et postérieur de la tête. Le coup est suivi d'une perte de connaissance momentanée, et d'un écoulement de sang par l'oreille gauche.

Le 7 : douleur vive à la partie contuse ; ventre et membres douloureux, (Mazarin avait reçu diverses autres contusions). Soif vive ; nausées.

Le 8 : la douleur de tête persiste. — Seize sangsues de chaque côté de la région occipitale.

Le 9 : troisième jour de l'accident : perte de connaissance le soir ; agitation des membres ; il se plaint continuellement de la tête.

Le quatrième jour : coma profond ; diminution de la sensibilité des deux côtés ; pupilles non dilatées et non contractiles ; paroles plaintives ; agitation momentanée des lèvres et des extrémités supérieures, avec contractions plus marquées du bras gauche ; paupières paralysées ; trismus ; roideur du col qui est renversé en arrière ; pouls petit et sans fréquence ; chaleur naturelle ; respiration facile ; langue sèche ; abdomen ne paraissant pas douloureux à la pression ; face non colorée ; front chaud ; yeux chassieux ; extrémités froides. — Vingt sangsues avec ventouses derrière chaque oreille ; sérum émétisé ; sinapismes aux pieds.

Le cinquième jour : coma plus profond ; sensibilité plus obtuse ; extrémités supérieures beaucoup moins agitées ; commencement d'affaissement ; déglutition impossible ; pouls très-fréquent et faible ; augmentation de la chaleur ; respiration très-précipitée et stertoreuse. — Le soir, sinapismes aux mollets. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. Point de traces de contusion à l'extérieur du cuir chevelu, mais ecchymoses profondes vers le côté gauche de l'occipital, vers le sinciput et vers le temporal droit, dans l'étendue de plusieurs pouces, chacune.

2°. Ecartement des sutures occipito-temporales, de la gauche en particulier, où il y a près d'une ligne et demie dans une étendue de quelques pouces, ce qui simule une fracture au premier coup-d'œil. — Félure de la base du rocher gauche, avec rupture d'une des veines qui rampent à sa surface interne. — Fracture de la table interne de la portion écailleuse du temporal gauche, près de son union avec l'apophyse mastoïde.

3°. Epanchement de sang coagulé dans l'étendue de quelques travers de doigt, occupant la fosse occipitale gauche et inférieure, entre cet os et la dure-mère décollée. — Sinus et vaisseaux de l'arachnoïde gorgés de sang.

4°. Arachnoïde cérébrale infiltrée de pus dans toute la région supérieure et antérieure des hémisphères cérébraux, avec épaississement de cette membrane qui est jaunâtre et d'une densité remarquable. La partie postérieure au contraire, est rouge et baignée de sang. On aperçoit des gouttelettes de pus dans les anfractuosités cérébrales. — L'arachnoïde de la base du cerveau, l'arachnoïde cérébelleuse ainsi que la portion qui recouvre la protubérance annulaire, sont infiltrées de pus que l'on fait sortir par la pression ; cette membrane est épaissie dans toutes les régions désignées, et particulièrement dans la portion qui avoisine la commissure des nerfs optiques.

Ventricules latéraux pleins d'une sérosité jaunâtre limpide ; leur membrane est saine. — Une cuillerée environ d'une sérosité purulente s'écoule après la section de la protubérance annulaire. — La dure-mère est saine : le cerveau ne présente aucune altération sensible. — Les organes contenus dans la poitrine et dans l'abdomen étaient dans leur état naturel.

246. Ce fait, quoiqu'ayant plusieurs points de contact avec le précédent, tant par la nature de la cause, que par l'épanchement sanguin et la fracture, nous offre cependant des différences sensibles que caractérise surtout la prédominance des symptômes de l'arachnitis.

Après les premiers accidens qui dépendent de la commotion, comme la perte de connaissance, l'écoulement du sang par l'oreille gauche, donnés par les anciens auteurs comme un caractère de la fracture de la base du crâne, etc. nous voyons survenir la céphalalgie, premier caractère de la phlegmasie, puis le coma, l'agitation des membres des deux côtés, celle des lèvres, la diminution de la sensibilité, effet naturel du coma, ayant lieu aussi des deux côtés. La contracture du bras gauche, plus forte que celle du bras droit, dénotait une irritation plus prononcée de ce dernier côté, ce qui se trouve vérifié par l'épanchement sanguin.

Nous voyons ici la roideur du col, symptôme qui n'existait pas chez le malade précédent, bien que l'épanchement eût à peu près lieu dans la même région, mais l'autopsie démontre une arachnitis de la base très-prononcée, et nous savons maintenant que le renversement de la tête en arrière se remarque spécialement dans cette espèce d'arachnitis; nous ne voulons pas dire cependant que l'épanchement qui avait lieu dans la fosse inférieure gauche de l'occipital ne puisse s'accompagner de ce symptôme, sachant très-bien que la proximité du siége de l'irritation peut également le produire.

247. Nous remarquerons encore la non dilata-

tion des pupilles, quoiqu'il existât assez de sérosité dans les ventricules latéraux. Nous appuierons sur la perte de contractilité des lèvres, qui marche en général, concurremment avec le coma, et nous opposerons l'absence de la déviation de la bouche chez ce malade à son existence chez le précédent, bien qu'il y ait eu également chez ce dernier un épanchement sur un hémisphère ; mais comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons point encore pu déterminer l'influence de l'arachnitis sur le développement de ce symptôme ; cependant nous sommes plus disposés à le rapporter à l'affection de la pulpe, à l'épanchement sanguin, l'ayant presque constamment rencontré avec ce dernier et ne l'ayant observé que deux ou trois fois avec l'arachnitis quelque limitée que fût celle-ci.

La fréquence du pouls ne paraît ici que le cinquième jour ; ce n'est pas la première fois que nous remarquons cette lenteur de l'appareil circulatoire à prendre part au trouble général du système sensitif.

QUATRE-VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères.—Inflammation de la dure-mère.

Un jeune homme de dix-neuf ans, reçoit un coup de sabre sur le milieu du front, et perd

connaissance sur le moment. Le lendemain, il était dans l'état suivant :

Deuxième jour : facultés intellectuelles libres ; sauf la douleur de la plaie qui avait plus d'un pouce, il n'existait aucun symptôme particulier. Le malade fut saigné.

Le troisième jour de l'accident, il survient du malaise, de l'inquiétude et quelques coliques. — Boissons délayantes ; lavement.

Le quatrième jour : céphalalgie violente ; yeux rouges, injectés ; face animée ; pouls fort et fréquent ; langue rouge et humide ; augmentation des coliques. — Saignée ; eau de veau ; sérum émétisé.

Le cinquième jour : léger trouble des idées ; injection de la conjonctive ; chaleur des tégumens du front ; céphalalgie très-forte ; douleur vive à l'épigastre ; pouls fort, fréquent. — Saignée ; bains de pieds sinapisés ; sinapismes ; émétique gr. jj. — Augmentation de l'érysipèle ; délire.

Sixième jour : augmentation du délire ; sensibilité générale exaltée ; nausées ; épigastralgie violente ; langue rouge, sèche ; dévoiement ; altération du facies ; pouls irrégulier. — Vingt-cinq sangsues sur l'épigastre.

Septième jour : érysipèle de la face très-étendu, très-douloureux ; exaltation considérable de la sensibilité générale ; délire ; cessation des

douleurs abdominales. — Saignée. — Léger soulagement. Le soir, coma profond.

Huitième jour : l'excessive sensibilité de la peau au moindre contact, a cessé. — Vésicatoire à la cuisse. — Le soir, augmentation du coma. — Sinapismes ; sérum émétisé.

Neuvième jour : même état. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — 1°. Infiltration de pus dans les tégumens du front; la solution de continuité du coronal ne pénètre pas jusqu'à la face interne.

2°. Dure-mère décollée dans l'étendue d'un pouce de diamètre, vers la ligne moyenne de l'os frontal, à l'endroit correspondant à la plaie, avec épanchement du pus entre cette membrane et l'os.

3°. Toute l'arachnoïde de la convexité des hémisphères cérébraux, était couverte d'un pus blanc, opaque et sans odeur. L'intervalle qui sépare les deux hémisphères formés par la grande faulx, en était rempli. — Les ventricules latéraux contenaient peu de sérosité. — Les autres cavités ne présentaient rien de remarquable.

Les deux observations suivantes vont nous offrir l'arachnitis compliquée avec des épanchemens sanguins dans la pulpe.

QUATRE-VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphéres cérébraux. — Apoplexie sanguine.

Jean Baptiste Yres, (cet homme avait eu anciennement une attaque d'apoplexie, mais l'on n'a pu nous dire de quel côté avait existé la paralysie.) ayant fait un repas ordinaire le 14 janvier 1817, éprouva des éblouissemens, des étourdissemens, des vertiges, et peu après tomba paralytique : apporté de suite à l'Hôtel-Dieu, et examiné, il présenta l'état suivant :

Bouche tirée à droite, ainsi que les traits de la face de ce côté ; pointe de la langue dirigée à gauche ; yeux fermés ; face décolorée ; libre exercice des facultés intellectuelles ; ne pouvant point parler, il désigne avec la main droite, la tête, le col et la partie inférieure du sternum, comme étant les parties dont il souffre ; le côté gauche est privé du sentiment et du mouvement, tandis que le droit conserve toute sa force ; de tems en tems il survient dans l'avant-bras droit, des mouvemens convulsifs qui durent environ une demi-minute ; le pouls est dur, plein et développé. — Saignée de trois palettes. (Sang riche et couenneux.) Cette saignée paraît apporter quelque soulagement ; elle permet au malade de

prononcer quelques mots ; plusieurs fois il répète celui de *mal au col.*

Le deuxième jour : même état.

Le troisième jour : paupières fermées ; strabisme double, permanent de l'œil droit ; pupilles resserrées et mobiles ; douleur de tête plus forte ; les membres du côté gauche ont recouvré le sentiment, mais non le mouvement ; ils sont fléchis et roides ; ceux du côté droit sont continuellement agités de mouvemens convulsifs ; les facultés intellectuelles sont libres ; la déglutition est difficile, le pouls fréquent, dur et intermittent ; la chaleur naturelle, la respiration bruyante et plaintive. — Huit sangsues derrière l'oreille droite ; six derrière la gauche ; sinapismes aux mollets ; chiendent rabel.

Quatrième jour : l'intelligence commence à devenir obtuse, cependant quoique le malade ne parle pas, il paraît comprendre par moment ; le pouls perd de sa résistance. — Huit sangsues derrière les oreilles ; infusion de valériane.

Cinquième jour : facultés intellectuelles anéanties ; yeux ternes, renversés sous la paupière supérieure, et agités de mouvemens irréguliers de gauche à droite ; pupilles resserrées ; diminution dans la rigidité des membres du côté gauche ; rougeur fugace de la face ; pouls fréquent, irrégulier ; respiration inégale et stertoreuse ; sueur

chaude et visqueuse sur la poitrine ; tous ces symptômes vont en augmentant et la mort arrive vers le soir.

Ouverture du cadavre. — 1°. Arachnoïde opaque dans plusieurs points de son étendue ; elle était séparée de la pie-mère par une couche de sérosité assez abondante, trouble, jaunâtre, et en quelques endroits puriforme. Cette sérosité s'écoulait lorsqu'on soulevait l'arachnoïde et la pie-mère qui avaient acquis une assez grande densité. — A droite, l'arachnoïde offrait une adhérence osseuse avec la dure-mère ; cette adhérence pouvait avoir deux lignes d'étendue.

2°. Le ventricule du côté gauche contenait environ deux cuillerées de sérosité.

3°. Du côté droit et en dehors du corps cannelé et de la couche optique, existait un épanchement sanguin du volume d'un œuf de poule. Le caillot était fort dense. La substance cérébrale environnante n'était pas jaune et brunâtre comme on le voit ordinairement, elle était ferme jusqu'à la surface du foyer. La cavité du ventricule droit était effacée par le développement de la substance cérébrale, produit par l'épanchement.

4°. A quelque distance du foyer, existaient les traces d'une apoplexie qui n'avait pu s'effectuer, ce n'était encore qu'un mollimen ; le cer-

veau incisé dans cet endroit était d'un rouge foncé, sablé de petits points d'autant plus écartés les uns des autres, qu'on s'éloignait davantage du centre.

5°. Un petit kiste séreux duquel sortit un jet de sérosité, au moment où l'on coupa le cerveau, ne présenta pas de membrane bien distincte, mais un tissu cellulaire de couleur marron, confondu avec la substance environnante, laquelle avait contracté tout au tour la même couleur, à la profondeur de deux à trois lignes.

(*Observation communiquée par le Dr. Deslandes.*)

248. Cette observation, la seule que nous possédions où l'on puisse admettre la coïncidence de l'arachnitis avec l'apoplexie sanguine, n'en est cependant point encore un exemple bien concluant. En effet, c'est d'après les détails d'anatomie pathologique plutôt que par les phénomènes offerts par la maladie, que nous nous sommes décidés à la regarder comme telle. L'infiltration séreuse et puriforme de l'arachnoïde nous a paru se rapporter à une inflammation récente, l'exhalation abondante, et surtout le pus combiné à la sérosité, ne se trouvant pas ordinairement à l'époque où il ne subsiste plus que des traces d'ancienne arachnitis. Nous n'en restons pas moins dans le doute, car d'une autre part, tous les

symptômes observés se lient essentiellement à l'apoplexie, les éblouissemens et les étourdissemens en sont les prodrômes; la paralysie du bras gauche avec rigidité, éclatant spontanément, est le propre des épanchemens dans le cerveau; les convulsions du côté droit, c'est-à-dire, du côté où existent la cause irritante, le caillot, sont encore conformes à ce que nous connaissons des maladies de la pulpe. Rien ici ne se rattache à l'arachnitis, pas même le strabisme et le balancement consécutif des yeux; il existe trop de liaison entre ces deux symptômes, le strabisme principalement qui fut permanent à droite, et le lieu de l'épanchement, le voisinage du corps cannelé droit et de la couche optique du même côté, pour que l'on soit tenté de les faire dépendre l'un ou l'autre de l'arachnitis qui, comme nous l'avons déjà vu, ne s'accompagne de ces signes, qu'alors qu'il existe une suppuration de la base, ce qui n'avait point lieu ici; enfin, la conservation des facultés intellectuelles, car nous ne pouvons admettre comme trouble, l'extinction graduée du cinquième et du sixième jour, véritable agonie cérébrale qui appartient à toutes les altérations de l'encéphale. Il ne nous reste donc plus que la céphalalgie, seul symptôme qui puisse reconnaître l'arachnitis pour cause, ce qui peut fort bien exister. En résumé, tout en admettant

ici l'existence de l'inflammation de l'arachnoïde à l'état aigu, nous sommes obligés d'avouer qu'elle n'a été représentée par aucun phénomène sensible, et que cette histoire rentre davantage dans ce que nous avons dit au commencement de cet article, touchant la rareté de la coëxistence de l'apoplexie avec l'arachnitis.

QUATRE-VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères.—Apoplexie sanguine.

Mary, tailleur, âgé de soixante-huit ans, d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, est amené à l'hôpital le 17 octobre 1820.

En 1812, il éprouva à la suite d'un violent accès de colère une attaque d'apoplexie caractérisée par la paralysie complète du bras et de la jambe gauches, un embarras dans la langue, mais aucun trouble de l'intelligence : il ne fut parfaitement guéri qu'au bout de quatre mois ; il conserva même une légère difficulté de parler. Depuis ce tems il jouissait d'une très-bonne santé, quoique sujet à des douleurs rhumatismales ; il ne faisait aucun excès et menait la vie la plus sédentaire.

Le 13 octobre 1820, sans cause connue, il perd tout à coup le mouvement des membres du côté

droit, ne peut ni parler ni avaler, mais conserve sa connaissance. On l'apporte aussitôt à l'hôpital, où il est saigné au pied sans aucun avantage.

Le 18 : il était dans l'état suivant : face décolorée ; pupilles naturelles ; bouche non déviée ; léger coma qui permet au malade d'entendre ce qu'on lui dit, et de le prouver par des gestes du bras gauche. Paralysie du bras et de la jambe du côté droit avec rigidité et contraction ; sensibilité obtuse de ce côté ; parole impossible ; pouls naturel ; respiration stertoreuse ; déglutition impossible. — Une saignée à la jugulaire ; pilules de camphre ; limonade nitrée.

Le 19 : même état. — Tilleul, citron ; émétique en lavage ; lavement purgatif ; glace sur la tête ; sinapismes aux pieds.

Le 20 : bouche déviée à gauche ; sensibilité nulle du côté droit ; le malade paraît n'entendre que difficilement. — Lavement purgatif ; glace sur la tête.

Le 22 : bouche moins déviée ; flaccidité du bras droit ; sensibilité plus marquée ; légers mouvemens quand on le pince ; intelligence dans le même état ; impossibilité d'avaler ; pouls naturel, un peu dur. — Glace sur la tête ; lavement purgatif.

Le 23 : affaissement moins grand ; du reste même état.

Le 24 : coma plus marqué, même état des membres ; expectoration impossible ; pouls fréquent, très-petit.

Le 25 : sensibilité nulle du côté droit ; facultés intellectuelles assez libres ; respiration râleuse ; même impossibilité d'avaler. — On fait usage de la sonde œsophagienne pour permettre l'entrée des boissons dans l'estomac ; limonade sulfurique ; eau de gomme avec quelques gouttes d'eau de Rabel.

Le 26 : même état ; la langue cependant paraît avoir un peu de mouvement ; pouls très-petit.

Le 27 : mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. Arachnoïde un peu injectée et épaissie à la circonférence de la convexité des hémisphères du cerveau. — Arachnoïde cérébelleuse, laiteuse dans toute l'étendue des faces inférieure et postérieure du cervelet, avec épaississement et augmentation de densité de cette membrane, mais n'empêchant pas cependant d'apercevoir très-distinctement à travers, les circonvolutions du cervelet, la séreuse ayant moins perdu de sa transparence qu'acquis de l'épaisseur et une couleur blanchâtre non naturelle. La surface supérieure moins laiteuse, présentait encore des traces non équivoques d'une inflammation ancienne. — Plexus choroïdes très-injectés.

2°. En dehors du corps cannelé et de la couche optique du côté gauche, vers l'union du lobe antérieur avec le lobe moyen du cerveau, au milieu de la substance saine, existait un caillot de la grosseur d'une noix, entouré par une couche de substance cérébrale rouge jaunâtre, ayant de demi à deux et trois lignes d'épaisseur, la teinte acajou diminuant par degré jusqu'à la partie saine : la portion qui enveloppait le caillot était plus molle que les autres, mais à une ligne au plus d'épaisseur. Le reste de la pulpe cérébrale avait une teinte un peu jaunâtre, sa densité n'était pas diminuée. — Le cervelet présentait sur son lobe gauche, dans ses duplicatures écartées, un kiste d'un demi-pouce de diamètre, contenant un peu de sérosité limpide. — Le cœur était très-volumineux ; les parois des cavités gauches très-épaisses, et ces dernières très-spacieuses.

249. Chez ce malade l'absence de la coïncidence de l'arachnitis avec l'apoplexie n'est plus douteuse ; cette dernière a seule existé ; l'autopsie n'a démontré que des traces de phlegmasie ancienne ; la demi-transparence de la séreuse et son augmentation de densité sans infiltration, ne laissent aucun doute à ce sujet. D'autre part, nous ne voyons aussi aucun phénomène que l'on puisse attribuer à l'inflammation de l'arachnoïde, tous portent sur l'épanchement dans la pulpe.

250. On vient de voir par les observations précédentes que l'arachnitis à l'état d'acuité, n'existait que très-rarement avec l'apoplexie, que du moins c'est ce que semblait prouver la masse de faits que nous possédons (1). Si cette coïncidence a quelquefois lieu, ce doit être particulièrement dans les cas d'arachnitis chroniques, alors que les malades étant depuis long-tems sous l'empire de cette phlegmasie cérébrale, viennent à être frappés subitement par une apoplexie mortelle; cette complication est la seule que nous puissions admettre, la seule qui nous paraisse même en général devoir exister, vu la nature de ces deux maladies. En effet, l'apoplexie lorsqu'elle est funeste, tue la plupart du tems les sujets en quelques jours, et ne s'accompagne que rarement dans ces cas, de complications aiguës; la vie ayant été attaquée dans son principal foyer, les autres organes semblent devenir insensibles aux autres causes de destruction.

Voyons actuellement ce que l'on remarque

---

(1) Ce n'est pas sans une satisfaction toute particulière, que nous nous trouvons d'accord avec le Docteur Rochoux, dont l'excellent travail sur les apoplexies ne contient pas une seule complication d'arachnitis réelle. En effet, toute la part que la séreuse prend à cette maladie, se borne, ainsi que nous l'avons observé nous-mêmes, à une simple augmentation dans son exhalation.

dans l'arachnitis : une cause générale, c'est-à-dire, une cause pouvant sévir sur toutes les régions de l'économie (1), attaque en particulier l'arachnoïde, et très-souvent aussi se porte sur les deux autres cavités en même tems, d'où la fréquence des pleurésies des pleuro-pneumonies, des péritonites, des gastro-entérites simultanées, etc. L'inflammation de l'arachnoïde comme toutes les autres inflammations, se lie à toutes les maladies du même genre, et par conséquent peut coexister avec elles, tandis que l'apoplexie concentre ses causes dans les seules congestions cérébrales, congestions entièrement locales, ou pour mieux dire dans le développement du ventricule gauche du cœur qui paraît les produire dans le plus grand nombre des cas.

QUATRE-VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères.—Ramollissement des hémisphères gauches du cerveau et du cervelet. — Absence de sérosité dans les ventricules.

Béchet, âgé de dix-huit ans, d'une très-forte constitution, sanguin, après avoir éprouvé diverses affections morales, est pris le 17 juin

(1) Ceci ne s'applique qu'aux causes internes, et nullement aux causes directes, telles que les contusions, l'insolation, etc.

1811, des symptômes suivans : frisson général, avec violente céphalalgie ; douleurs des membres et fièvre. Les jours suivans, la céphalalgie augmente.

Le huitième jour : la langue est couverte d'un enduit noirâtre ; les dents sont sèches ; la peau peu chaude ; le pouls fréquent, régulier et facile à déprimer ; les yeux sont fixes ; il y a du délire, des soubresauts des tendons ; le ventre est tendu, et l'épigastre douloureux ; le décubitus à lieu sur le dos.

La maladie ayant été prise pour une fièvre adynamique, on avait prescrit l'infusion de camomille avec nitre, un julep avec eau de tilleul, du nitre et la liqueur d'Hoffmann, des pédiluves sinapisés, des vésicatoires aux jambes, et de l'eau froide sur la tête.

Le neuvième jour : face très-animée ; yeux fixes ; pupille droite plus dilatée que la gauche ; paupières abaissées et ne s'ouvrant que dans des momens de forte douleur ; ailes du nez agitées ; mouvemens spasmodiques des lèvres ; perte de l'usage des sens ; délire violent ; cris plaintifs ; impossibilité d'articuler un seul mot ; agitation du larynx ; soubresauts des tendons plus sensibles au bras gauche qui est continuellement en mouvement ; rigidité du bras droit qui est fléchi et appuyé sur le ventre ; abdomen douloureux

à la pression; diarrhée involontaire; bouche sèche, fuligineuse; sensibilité générale de la peau; pouls très-fréquent et régulier; battemens très-forts des carotides et du cœur; peau sèche et peu chaude excepté à la face et surtout au front; respiration lente. — Même traitement qu'hier.

Dixième jour : coma profond; sens oblitérés; yeux fixes; les deux pupilles dilatées; conjonctives rouges; col et tronc un peu roides; immobilité du corps; bras droit toujours contracté, le gauche pouvant se mouvoir seul; carphologie; agitation du larynx; pouls à 140 : le reste des symptômes comme la veille : rougeur de la face. — Traitement *id.*

A quatre heures, commencement de râle. Mort à huit heures.

Ouverture du cadavre. — Toute la surface de la peau est rouge violacée, *excepté la face* qui est pâle et livide. — Sinus de la dure-mère gorgés de sang noir.

1°. L'arachnoïde qui recouvre la face supérieure des hémisphères du cerveau était épaissie, rouge et se détachait facilement sans se rompre; elle était encore plus foncée à la base du cerveau et surtout à gauche. Aucune partie de l'arachnoïde n'était exceptée de l'inflammation, si ce n'est celle des ventricules qui ne contenaient pas de sérosité. L'arachnoïde du cervelet était égale-

ment enflammée ainsi que le feuillet qui tapisse la dure-mère des fosses occipitales inférieures, jusqu'au commencement de la moëlle épinière.

2°. La pulpe cérébrale était généralement très-injectée.

3°. La face supérieure et interne du lobe moyen et gauche du cerveau présentait à sa superficie une portion de sa substance ramollie, rougeâtre, dans une étendue de sept à huit lignes de largeur, sur deux d'épaisseur.

4°. Le lobe gauche du cervelet dans toute sa circonférence antérieure et externe était ramolli dans une étendue de quatre à cinq lignes.

Tous les organes du thorax étaient sains. — La muqueuse de l'estomac était fortement enflammée dans son grand cul-de-sac. — La muqueuse intestinale était parsemée de plaques rouges élevées, de végétations ulcérées, principalement au cœcum et au colon.

251. Il n'est pas difficile de faire la part des symptômes de chacune des affections cérébrales qu'a présentées ce sujet. Ici il y a réellement coexistence; aussi allons-nous retrouver les signes caractéristiques de l'arachnitis et du ramollissement sur le vivant, tandis que nous en reconnaîtrons également les altérations récentes sur le cadavre. La céphalalgie violente qui se développe au début de la maladie, le délire qui vient bien-

tôt s'y joindre, sont les deux phénomènes qui établissent l'inflammation de l'arachnoïde. La contraction avec rigidité du bras droit, les convulsions du bras gauche et les soubresauts des tendons du même côté, ne peuvent sans aucun doute lui appartenir, l'inflammation ayant été générale; mais ces symptômes sont trop conformes à la nature et au siége de l'altération de la pulpe, au ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau et du cervelet, pour que nous ne les regardions pas comme leur effet et leurs phénomènes propres. Du reste ceci est parfaitement en rapport avec ce que nous savons des convulsions qui ont lieu du côté affecté, et des contractions avec rigidité que l'observation démontre généralement du côté sain.

Quant aux autres symptômes relatés dans cette histoire, tels sont l'agitation des ailes du nez, celle du larynx, les mouvemens spasmodiques des lèvres, la perte des sens et de la parole, nous les considérons comme de nouvelles preuves à l'appui de l'idée d'une affection cérébrale, mais comme n'ayant point assez de valeur par eux-mêmes pour déterminer, dans des cas de complication, la nature réelle des lésions existantes.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit ailleurs touchant la dilatation des pupilles, et nous ferons seulement remarquer ici, que la

droite quoique plus dilatée que la gauche qui l'était aussi, exista sans sérosité dans les ventricules.

QUATRE-VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis. — Sérosité plus abondante dans le ventricule droit que dans le gauche. — Ramollissement du corps calleux. — Pleurésie. — Phthisie. - Entérite.

Henri, âgé de dix-sept ans, d'une constitution délicate, très-peu développé pour son âge, fut reçu à l'Hôtel-Dieu en mai 1818.

Ses réponses étaient tellement vagues qu'on ne pouvait rien statuer sur elles; toujours riant, il répondait *oui* à presque tout ce qu'on lui demandait; le ventre était sensible à la pression; il se plaignait de la tête dont il souffrait depuis quinze jours. — Bain.

Seizième jour : délire toute la nuit; sensibilité des deux pupilles à la lumière, la gauche reste toujours dilatée; semi paralysie du bras gauche; mouvemens libres du droit; langue rouge, sèche, déviée à gauche; abdomen très-douloureux. — Dix sangsues à l'épigastre; six derrière chaque oreille; pédiluves sinapisés; orge et limonade.

Dix-septième jour: cris et agitation extrême toute la nuit; perte complète de connaissance; pendant le jour, quelques instans de calme suivi de mouvemens désordonnés dans les membres, sur-

tout du côté droit. — Six sangsues de chaque côté de la tête ; bain ; fomentations émollientes. — Le soir les pupilles se dilatent tellement qu'on ne peut apercevoir le contour de l'iris.

Dix-huitième jour : pupilles moins dilatées, la gauche l'est plus que la droite ; même état des systèmes digestif, locomoteur et sensitif. — Six sangsues en avant des oreilles ; dix-huit grains de calomélas ; potion antispasmodique avec éther et laudanum ; sinapismes aux pieds ; bain avec affusions froides.

Dix-neuvième jour : calme pendant la nuit ; somnolence qui approche de l'état comateux ; dilatation moyenne et oscillations continuelles de la pupille droite, la gauche est tellement dilatée qu'on aperçoit à peine un petit cercle formé par l'iris ; abolition complète des facultés intellectuelles ; contraction des muscles de la face ; perte du mouvement du bras gauche avec flaccidité, mais non de la sensibilité ; alternatives continuelles de pâleur et de coloration de la face ; abdomen toujours douloureux à la pression. — Calomélas dix-huit grains ; musc douze grains.

Vingtième jour : mouvemens spasmodiques et soubresauts du bras droit ; déglutition extrêmement difficile. — Calomélas un demi gros ; glace sur la tête.

Vingt-unième jour : la flaccidité du bras gau-

che disparaît ; le malade peut le soutenir et le mouvoir ; mais cette flaccidité existe complétement dans le bras droit qui la veille était très-agité et assez fort ; la sensibilité paraît et disparaît alternativement ; dans le cours de la journée, augmentation de tous les accidens que nous avons signalés. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation intense de l'arachnoïde de toute la base du cerveau ; sérosité trouble dans les deux ventricules, plus abondante *dans le droit.*

2°. Ramollissement du corps calleux et de quelques points de la superficie du cerveau. — Traces de pleurésie chronique à gauche. Quelques tubercules enkistés dans les poumons qui sont sains. — Tuméfaction des glandes bronchiques qui renferment une matière d'un gris brunâtre et pultacée. — Violente phlegmasie de la muqueuse de toute l'étendue des intestins grèles. — Ganglions mésentériques tuméfiés, durs et d'une couleur rosée.

(*Observation communiquée par le Dr. Polinières.*)

252. C'est encore ici la céphalalgie et le délire qui établissent la distinction de ces deux affections cérébrales ; ce sont ces deux symptômes qui constituent dans cette observation les caractères arachnitiques. Relativement au délire nous

observerons qu'il n'existe point de contradiction avec ce que nous avons dit de son absence dans l'arachnitis de la base, car dans ce fait il ne s'agit nullement de la seule inflammation de l'entre-croisement des nerfs optiques et des parties qui entourent la protubérance annulaire. L'observateur s'exprime par ces mots: *inflammation intense de toute l'arachnoïde de la base*, et certes, il est évident qu'il semble comprendre par ce mot *base* toute la portion d'arachnoïde qui tapisse la face inférieure des trois lobes du cerveau ; d'ailleurs à l'époque où cette histoire fut recueillie, l'on n'entendait point autre chose par le mot base.

L'observation suivante va nous montrer les symptômes spasmodiques intimement combinés à la forme comateuse, ce qui est parfaitement conforme aux résultats de l'autopsie.

QUATRE-VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base, de la convexité et du ventricule gauche. — Très-peu de sérosité dans les ventricules. —Ramollissement du corps strié droit.

Didamus Rebecca, agée de vingt-huit ans, avait eu il y a six mois, une affection syphilitique pour laquelle elle avait subi un traitement aux Capucins. Depuis sa sortie de cet hôpital, elle était dans la dernière misère. — Vers le 9 novembre 1820, elle fut prise de malaise avec céphalalgie.

Le 11, elle cessa de parler.

Le 13 : elle entra à l'Hôtel-Dieu, et fut assoupie toute la journée. La nuit elle fit entendre des plaintes et fut très-agitée.

Le 14 : pupilles contractiles non dilatées ; trismus ; écume à la bouche ; impossibilité de parler ; elle paraît cependant entendre, car lorsqu'on lui dit de serrer quelque chose, elle peut le faire avec la main droite. Les mouvemens de ce côté paraissent volontaires ; le bras droit n'est pas contracté ; le gauche au contraire est paralysé et dans un état de contraction avec rigidité ; agitation des paupières supérieures ainsi que du bras et de la cuisse du côté droit ; tête penchée à droite, avec relâchement des muscles du col de ce côté, tandis que ceux du côté gauche sont contractés ; la bouche n'est nullement déviée ; la sensibilité des quatre membres existe au pincer, sur l'un comme sur l'autre, quel que soit le côté du corps sur léquel on l'exerce. Le pouls est à peine fréquent et très-petit ; la chaleur est peu élevée ; la face n'est point colorée, il n'existe pas de renversement de la tête en arrière. — Trente sangsues aux tempes et derrière les oreilles ; saignée du bras de deux palettes et demie ; le sang est couenneux et contient assez de sérosité.) Sinapismes aux pieds.

Le 15 : nul changement ; même état en tout

point. — Potion antispasmodique avec musc; trente sangsues aux tempes et aux oreilles; affusions tempérées. — Dans la journée, les divers mouvemens des paupières et du bras droit cessent; assoupissement.

Le 16 : coma très-profond ; paupières abaissées; bras gauche presque complétement flasque, paralysé ; pupilles un peu dilatées et d'une manière égale ; tête penchée à gauche; sensibilité des deux côtés très-obtuse ; respiration bruyante ; par moment régurgitation plutôt que vomissement de mucosité puriforme ; pouls à peine fréquent : flaccidité générale de tout l'appareil locomoteur, d'où diminution du trismus. Mort le soir, à cinq heures.

Ouverture du cadavre. — 1°. L'arachnoïde qui tapisse l'entrecroisement des nerfs optiques et la partie qui est située au devant de cette même région, était opaque, couenneuse, infiltrée de pus, et très-épaissie.

2°. L'arachnoïde de la face inférieure et surtout de la postérieure du cervelet, était épaissie, dense, laiteuse, quoiqu'elle présentât cependant encore quelque transparence.

3°. L'arachnoïde du ventricule gauche était dans une portion de son étendue, épaissie, opaque, rouge et évidemment enflammée ; sa partie interne offrait des stries rougeâtres. Les ventricules

contenaient tout au plus une demi-once de sérosité. — La pie-mère était injectée à la face inférieure et aux faces latérales des hémisphères cérébraux.

4°. Le corps strié du côté droit était ramolli vers sa partie antérieure ; ce ramollissement ne se prolongeait pas au-delà de quelques lignes dans la pulpe cérébrale qui du reste ne présentait point de traces bien sensibles d'injection sanguine.

QUATRE-VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères et de la base. — Sérosité abondante dans les ventricules particulièrement dans le droit. — Ramollissement du corps strié gauche.

Un jeune homme de vingt-deux ans, avait depuis quelques jours du délire lorsqu'il fut conduit à l'Hôtel-Dieu, le 30 décembre 1819. Il existait alors du délire et de l'agitation ; la bouche était sèche. Le délire continua jusqu'au 5 janvier ; l'épigastre devint sensible. Examiné à cette époque, il était dans l'état suivant : état comateux profond ; abolition complète des sens et de l'intelligence ; pupille gauche dilatée, mais toutes les deux non contractiles ; état de stupeur de la face ; roideur du col ; trismus ; rigidité des deux bras au même degré avec mouvemens automatiques ; bouche

fuligineuse ; langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre ; pouls peu fréquent, petit et mou ; hoquet ; plaintes.

Le 6 janvier : même état ; ce sont toujours les symptômes comateux qui prédominent.

Le 7 janvier : mort le soir.

Ouverture du cadavre. — Fausses membranes de peu d'étendue, existant çà et là sur l'arachnoïde de la convexité des hémisphères cérébraux, avec quelques points de suppuration, particulièrement à droite. L'arachnoïde de la base du cerveau, du lobe moyen, et de la protubérance annulaire était épaissie d'un blanc laiteux et couverte de fausses membranes qui s'étendaient aussi en avant et du côté gauche, jusqu'à la scissure de sylvius.

2°. Les ventricules latéraux étaient distendus par une sérosité rougeâtre mais très-limpide. Le gauche en contenait plus que le droit. L'arachnoïde qui les tapisse était saine.

3°. L'arachnoïde de la face postérieure et supérieure du cervelet était particulièrement recouverte de fausses membranes ; la séreuse était opaque et très-épaissie.

4°. Le corps strié gauche présentait un point de ramollissement très-sensible ; sa substance se laissait pénétrer facilement par le doigt et se désorganisait à la moindre pression.

Les vaisseaux de la pie-mère étaient gorgés de sang ; le reste du cerveau était sain ; la dure-mère était dans son état naturel ; le cœur seul présentait un commencement d'hypersarcose du ventricule gauche ; l'estomac était sain ; l'intestin grèle était enflammé dans une assez grande étendue ; les autres viscères étaient dans l'état naturel.

QUATRE-VINGT-DIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité de l'hémisphère droit et de la base. — Ramollissement des deux hémisphères et du côté droit de la protubérance annulaire.

Le nommé Roussel Morel, âgé de trente-un ans, éprouvait depuis deux ans, sans cause connue, une douleur constante dans la tête. Depuis dix-huit mois, le bras gauche, la cuisse et la jambe du même côté, étaient devenus le siége d'un engourdissement tel, que les mouvemens de cette partie du corps étaient presque nuls.

Le 27 juillet 1819, la mobilité et la sensibilité du côté gauche diminuèrent encore de nouveau, un violent mal de tête se fit sentir à droite, le malade perdit l'appétit et fut pris de fièvre. Après avoir passé quelque tems dans cet état il fut conduit à l'Hôtel-Dieu le 9 août.

9 Août, douzième jour environ de l'invasion des nouveaux accidens : visage sombre, taciturne ; air hébété ; teint terreux ; céphalalgie du côté droit ; embarras à émettre ses idées ; réponses lentes et difficiles ; paralysie du bras gauche, moindre de la cuisse et de la jambe du même côté ; langue blanchâtre ; épigastralgie ; anorexie ; fréquence du pouls. — Boissons délayantes. — L'enduit de la langue persista malgré l'emploi de trois vomitifs qui furent administrés en quelques jours.

Les 10, 11, 12 et 13 août : la parole devint de plus en plus embarrassée, les réponses se faisaient avec une lenteur extrême et n'avaient plus lieu que par monosyllabes.

Les jours suivans, les pupilles devinrent dilatées et peu mobiles, le malade perdit l'usage de la parole et tomba dans une sorte d'imbécillité ; le bras gauche devint entièrement immobile et insensible ; la cuisse et la jambe conservaient encore un reste de mouvement. Il s'éteignit dans cet état le 19 août.

Ouverture du cadavre. — 1°. Le feuillet de l'arachnoïde qui recouvre la face supérieure de l'hémisphère droit du cerveau, était épaissi et couvert çà et là de gouttelettes de pus entre lui et la pie-mère. L'arachnoïde de la base du cerveau dans l'endroit où elle recouvre le méso-

céphale, offrait des fausses membranes couenneuses.

2°. Le lobe postérieur de l'hémisphère gauche était converti en une sorte de matière pultacée.

3°. Le lobe moyen de l'hémisphère droit offrait une surface rougeâtre d'un pouce et demi de diamètre, un peu plus dense que ne l'est d'ordinaire la substance cérébrale, se prolongeant de la substance corticale à la substance cendrée. Jusqu'au centre ovale de Vieussens, l'on remarquait que la substance cérébrale était jaunâtre.

4°. Le côté droit de la protubérance annulaire offrait également un ramollissement à sa superficie. — Les poumons étaient sains. — Le cœur et le péricarde étaient unis par d'anciennes adhérences. — Tous les viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

QUATRE-VINGT-ONZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Sérosité dans les ventricules. — Ramollissement du pont de varole et de l'hémisphère gauche.

Bellot Pierre, âgé de trente-deux ans, d'une forte constitution, donnait de tems à autre, depuis environ six mois, des signes d'aliénation mentale, sur la nature et l'origine de

laquelle on n'a pu obtenir aucun renseignement. Le 19 décembre 1817, à la suite d'une orgie, il éprouva une violente céphalalgie et du délire sans beaucoup d'agitation ; cet état persista jusqu'au 26, jour de son entrée à l'hôpital Necker.

Le 27, quatrième jour de la maladie, le malade était couché sur le dos, la tête et le corps courbés en avant par la contraction permanente des muscles du col et de l'abdomen ; les biceps étaient encore plus fortement contractés et maintenaient les avant-bras dans une flexion difficile à vaincre ; la face était rouge et exprimait la plus grande stupeur ; rire sardonique ; le malade ne pouvait parler et paraissait à peu près sans connaissance ; les conjonctives étaient injectées ; la pupille droite un peu plus dilatée que la gauche ; le pouls dur, un peu rare ; la chaleur de la peau forte ; il y avait de la constipation. — Quatre sangsues aux tempes.

Cinquième jour : légère amélioration ; stupeur moins grande ; le malade ne pouvait parler, mais il paraissait avoir quelque connaissance.

Sixième, septième et huitième jour : même état.

Neuvième jour : stupeur très-profonde ; perte de toute connaissance ; pupille droite très-dilatée ; pupille gauche très-resserrée ; le soir, râle très-fort ; contraction spasmodique des bras;

pouls très-fréquent, faible, et facile à déprimer; insensibilité complète. Mort le lendemain matin.

Ouverture du cadavre. — A l'ouverture du crâne, il s'écoula beaucoup de sang; les vaisseaux de la pie-mère en étaient gorgés.

1°. Les circonvolutions du cerveau étaient fortement aplaties ; sa substance était plus ferme que dans l'état naturel ; les ventricules latéraux très-dilatés, étaient remplis d'une sérosité limpide qu'on pouvait évaluer à quatre onces ; après son écoulement le ventricule gauche offrit à la surface du corps cannelé, des granulations qui ressemblaient à du sable fin jeté sur un corps humide ; en les raclant avec le scalpel, on n'enlevait que de la sérosité, et l'on reconnaissait que ces granulations n'étaient dues qu'à de très-petites bulles d'air enfermées dans un liquide un peu visqueux et analogue aux bulles que l'on forme en faisant mousser un liquide albumineux ou de l'eau de savon : le troisième et le quatrième ventricule étaient aussi dilatés et remplis de sérosité.

2°. La partie inférieure et antérieure de l'hémisphère gauche, avait une mollesse égale à celle du cerveau d'un enfant, ce qui contrastait fortement avec la fermeté extraordinaire du reste de la substance cérébrale. La totalité du pont de varole était également ramollie sans désorganisa-

tion ; d'ailleurs la consistance était celle de la substance médullaire d'un cerveau sain, et celle du cerveau au contraire, était celle que présente, dans l'état naturel, le pont de varole.

3°. Près de la commissure des nerfs optiques, entre le pont de varole et les lobes antérieurs du cerveau, l'arachnoïde était épaissie par une couche pseudo-membraneuse, grisâtre, demi-transparente par endroit, un peu jaune et opaque dans d'autres, et dans quelques points déjà transformée en tissu cellulaire; le cervelet était aussi plus mou que dans l'état naturel; la base du crâne contenait un peu de sérosité.

—Quelques tubercules dans le poumon gauche qui était adhérent.—Excavation d'ancienne formation dans le droit qui était crépitant dans toute son étendue et rempli de petits tubercules.—Un peu de sérosité dans le péricarde.—Cœur plus volumineux que dans l'état naturel.—Concrétion polipiforme d'un volume considérable, adhérent aux parois des ventricules. — Légère rougeur de la membrane interne du cœur.—Les autres organes parfaitement sains.

(*Laënnec, auscultation médiate. T.* 1. *P.* 168.)

QUATRE-VINGT-DOUZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et des quatre ventricules.— Altération particulière de la protubérance annulaire.

Simonet, âgé de dix-huit ans, commissionnaire, d'une bonne constitution, avait reçu par les soins d'un parent aisé, une éducation au-dessus de son état ; privé de toute ressource par la mort de ce parent, il vint à Paris, croyant y trouver plus facilement des moyens de vivre ; mais trompé dans son attente et manquant de tout, il prétexta une indisposition et se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu où il resta trois mois, mangeant peu, s'ennuyant beaucoup, et ayant manifesté à plusieurs reprises le désir de mettre fin à son existence.

Le 26 janvier, il est pris de céphalalgie, de nausées, d'amertume de la bouche et d'autres symptômes bilieux qui font prescrire un vomitif, lequel détermine des évacuations abondantes et soulage le malade. Pendant trois jours il reste dans le même état.

Le quatrième jour : faiblesse extrême au point qu'il ne peut ni lever les bras, ni descendre de son lit; lorsqu'on le met sur ses jambes, il chancelle et sa vue se trouble; il délire pendant la nuit seulement.

Pendant six jours que dura cet état qui fut

toujours accompagné de céphalalgie, la langue devint rouge et humide, la faiblesse extrême; le délire ne paraissait jamais que pendant la nuit.

Dixième jour: face animée ; le malade parle et chante sans cesse, et lorsqu'il ne parle pas, les paupières s'abaissent et il demeure comme engourdi; cependant lorsqu'on l'excite il répond juste aux questions qu'on lui adresse, mais ses paroles sont brèves ; soubresauts des tendons; fréquence du pouls.

Onzième jour : délire intense, tantôt gai, tantôt taciturne; pupilles dilatées, peu sensibles à la lumière ; surdité légère; soif; langue rouge et sèche ; pouls plus fréquent ; par instant, le malade semble réfléchir sur son état, s'en inquiète et demande du secours. — Deux vésicatoires aux jambes; décoction de quinquina ; limonade.

Douzième et treizième jour : même délire, même surdité, même prostration, même état du pouls; de plus, aphonie incomplète. — Nouveaux vésicatoires aux jambes.

Quatorzième jour : perte totale de connaissance ; contraction permanente de tous les membres ; bras fortement fléchis sur la poitrine ; roideur des muscles du col et du tronc ; globe des yeux renversés en haut, fortement tournés à droite, et agités par moment de mouvemens convulsifs; pupille droite dilatée, celle du côté gauche

contractée. — Sinapismes aux pieds; glace sur la tête; large vésicatoire sur le sommet de la tête.

Quinzième jour: la perte de connaissance persiste, mais la roideur des muscles a fait place à une flaccidité générale; les bras élevés et abandonnés à eux-mêmes, retombent sans que le malade fasse le moindre effort pour les soutenir; injection des conjonctives; pouls petit, fréquent; respiration laborieuse et entrecoupée; chaleur sèche.—Nouveaux vésicatoires aux cuisses.

Seizième jour: commencement d'agonie; râle; pouls à peine sensible; face décomposée, terreuse; yeux ternes, injectés; pupilles très-contractées. Cet état persiste pendant trois jours, au bout desquels le malade expire.

Ouverture du cadavre. — Roideur des membres qui contraste avec la flaccidité qui existait avant la mort. 1°. Arachnoïde plus dense, plus résistante que dans l'état naturel; elle n'est point injectée, sa surface interne est lisse et nette, mais le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère, contient çà et là un pus épais, jaunâtre, plus abondant vers la base du crâne que partout ailleurs. Si on enlève tout-à-fait un lambeau de la pie-mère et de l'arachnoïde, on ne peut les racler avec le scalpel sur les deux faces, sans enlever le pus, car il n'existe qu'entre les deux membranes.

2°. Le ventricule gauche est distendu par deux onces au moins de sérosite lactescente; du pus occupe les parties inférieures de sa cavité; une moindre quantité de sérosité de même nature est épanchée dans le ventricule droit; elle remplit enfin le troisième et le quatrième ventricule. Dans toutes ces cavités l'arachnoïde est dense, opaque, épaissie et comme rugeuse à la surface interne. Les plexus choroïdes sont très-rouges.

3°. La substance cérébrale n'est point injectée, mais elle est ramollie à sa superficie.

4°. Au côté droit de la protubérance annulaire et du carré des nerfs optiques, on trouve un petit amas d'une substance d'un blanc perlé, semblable à du riz cuit et écrasé, sans vaisseaux ni tissu cellulaire à son intérieur, se réduisant en grumeaux lorsqu'on la presse entre les doigts. —Mollesse remarquable du cœur et du foie; état sain de tous les autres viscères de la poitrine et de l'abdomen.

253. Nous ne terminerons pas l'exposé de ces observations de ramollissement coïncidant avec l'arachnitis, sans observer que cette complication cérébrale est la plus fréquente de toutes celles que nous avons rencontrées, soit que l'inflammation de la séreuse se développe dans le cour du ramollissement de la pulpe, soit que le ramollissement

vienne mettre fin à l'arachnitis. Ce ramollissement de la substance du cerveau n'a pas toujours lieu dans l'endroit où la phlegmasie de la membrane est la plus intense ; souvent même il s'observe dans une partie saine ; il affecte de préférance la substance grise, et se rencontre le plus communément dans les parois des ventricules, région de l'arachnoïde la moins sujette à s'enflammer.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces altérations du cerveau ; notre but, dans cet ouvrage, n'étant que de faire l'histoire de l'arachnitis, et non d'anticiper sur ce que nous aurons à dire lorsque nous traiterons des autres maladies de l'encéphale.

Nous allons donner quelques faits d'arachnitis compliquées de céphalite.

QUATRE-VINGT-TREIZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères.—Ramollissement et céphalite de l'hémisphère gauche.

R***, âgée de 66 ans, adonnée au vin, avait fait trois mois auparavant une chute sur la tête : dès-lors céphalalgie ; santé chancelante : depuis quelque jours, suintement puriforme par l'oreille gauche.

Premier jour : frisson avec tremblement ; cé-

phalalgie violente; vomissement de matières verdâtres.

Quatrième jour: entrée à l'infirmerie. — Visage rouge; langue sèche, rude; chaleur âcre de la peau; pouls dur, fréquent; abdomen tendu, un peu douloureux; agitation extrême; incohérence dans les idées.

Cinquième jour : réponses brusques, quelquefois justes : la malade jette ses couvertures, veut quitter son lit; délire furieux dans la nuit; vomissement abondant de matières jaunes.

Sixième jour : rémission; pouls intermittent; contraction des masseters; agitation continuelle; visage très-coloré surtout aux pommettes; abdomen météorisé. A onze heures de la nuit, tout-à-coup état comateux profond.

Septième jour : respiration fréquente élevée; anomalies du pouls; mouvemens convulsifs des muscles de la face. Mort à midi.

Ouverture du cadavre. — 1°. Entre l'arachnoïde et la pie-mère, enduit considérable de matière puriforme qui remplissait les intervalles des circonvolutions du cerveau.

2°. Les ventricules latéraux contenaient un liquide semblable.

3°. Le lobe moyen de l'hémisphère gauche était détruit en partie, vers la base du crâne, et

réduit en une espèce de *bouillie puriforme, verdâtre, sanieuse.*

(*Pinel. Médecine clinique*, p. 152).

254. D'après les détails de l'autopsie, nous croyons devoir considérer cette observation comme une arachnitis compliquée de céphalite et de ramollissement: les expressions de *bouillie puriforme, verdâtre, sanieuse*, nous paraissent suffisamment exprimer la suppuration du cerveau et un ramollissement très-avancé. Dans ce fait, les résultats cadavériques sont parfaitement conformes aux phénomènes présentés par la maladie; l'altération de la pulpe existait dans le lobe moyen gauche, vers la base du crâne, et quelques jours avant l'apparition du frisson il s'était établi un suintement purulent par l'oreille du même côté; la malade avait fait une chute sur la tête trois mois auparavant, et depuis cette époque elle éprouvait de la céphalalgie, et sa santé était chancelante. Ce qui peut paraître remarquable, ce que chacun a dû pourtant observer assez souvent pour peu qu'il se soit occupé de maladies cérébrales, c'est l'absence de tout phénomène du côté de l'appareil locomoteur, de toute paralysie, quoique l'altération ne portât que d'un seul côté. Mais nous savons que les diverses altérations de la pulpe lorsqu'elles s'opèrent lentement, ne manifestent fréquemment leur existence que par des

symptômes à peine sensibles; et que c'est particulièrement à ces affections que doit s'appliquer le mot de *latentes*. Ici c'est l'inflammation de l'arachnoïde qui est venu mettre fin à la vie du malade, que la désorganisation de l'encéphale aurait sans doute encore ménagé quelque tems. En effet à dater du moment du frisson, tous les phénomènes observés sont ceux d'une arachnitis de la convexité, dont tous les caractères sont parfaitement dessinés. Frissons, violente céphalalgie, vomissement au début ; incohérence des idées ; agitation extrême, fièvre forte le quatrième jour; réponses brusques, puis délire furieux le cinquième : coma spontané le sixième jour, ne durant què vingt-quatre heures. Voici tous les signes que nous avons donnés de l'inflammation de cette région.

QUATRE-VINGT-QUATORZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Céphalite de l'hémisphère droit.

Une femme de trente-neuf ans, avait éprouvé au mois d'octobre 1820, un retard dans ses règles. Il en résulta de la céphalalgie, et le 25, elle fut prise spontanément d'hémiplégie à gauche. On lui donna un émétique ; quelques tems après, elle perdit la parole. Le lendemain 26,

elle était sans connaissance. Ce fut dans cet état qu'elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu le 28.

28 octobre : face peu animée ; conjonctives injectées ; pupilles immobiles, un peu contractiles ; bouche déviée à droite ; paralysie des membres du côté gauche ; rigidité des extrémités des deux côtés ; sensibilité conservée à droite et à gauche ; pouls résistant ; respiration bruyante. Mort la nuit.

Ouverture du cadavre. — 1°. Toute la portion de l'arachnoïde qui recouvre les faces supérieure et interne de l'hémisphère droit du cerveau, avait acquis une ligne et demie au moins d'épaisseur, et figurait une calotte albumineuse infiltrée d'un pus verdâtre, et intimement unie à la pie-mère, au-dessous de laquelle se trouvait également du pus stagnant sur les circonvolutions cérébrales, vers le sinus longitudinal supérieur. L'épaississement de la séreuse allait en diminuant sur la partie externe de l'hémisphère, à mesure que l'on approchait davantage de la base ; de sorte que dans cet endroit, l'arachnoïde était seulement opaque, rouge, et augmentée de densité. Les vaisseaux de la pie-mère y étaient fortement injectés. Sur l'hémisphère gauche, l'arachnoïde n'avait une grande épaisseur que dans l'étendue de deux pouces de largeur environ, vers le bord interne, tandis

qu'en dehors, l'épaississement allait en diminuant, et était remplacé par de la rougeur. Toute la face interne de cet hémisphère était aussi fortement épaissie et infiltrée de pus, quoiqu'à un moindre degré que du côté droit. Il était peu de points de la base où l'arachnoïde fût saine, si ce n'est sur la protubérance annulaire et dans son voisinage. Vers les scissures de Sylvius, elle était infiltrée de sérosité épaissie. La portion qui recouvre le cervelet était blanchâtre, opaque et très-dense, particulièrement vers les régions supérieure et postérieure, tandis qu'à sa base elle était rouge, et les vaisseaux de la pie-mère fortement injectés. L'arachnoïde des ventricules latéraux était saine, non granulée, et ne contenait point de sérosité.

2°. Dans la substance même du cerveau, à cinq lignes environ de profondeur dans l'hémisphère droit, et à un pouce de son bord interne, existaient deux foyers contenant un pus grisâtre, et se prolongeant l'un et l'autre dans la pulpe cérébrale, au milieu de laquelle ils étaient formés. Le plus étendu de ces foyers avait un pouce environ de longueur sur un demi-pouce de large ; il répondait à l'angle antérieur et supérieur du pariétal droit ; l'autre était situé un peu plus en arrière, et n'avait qu'un pouce de longueur. Ces deux foyers, après avoir été

abstergés, présentèrent une grande quantité de petits points rouges qui apparurent alors, ce qui n'était nullement ce qu'on appelle cerveau sablé de sang, mais bien une rougeur générale de toute la surface de la pulpe en suppuration ; ce phénomène n'avait lieu que dans les foyers et non dans les autres régions du cerveau. La substance cérébrale était irrégulièrement détruite dans les foyers et fusées, mais leurs parois présentaient de la densité, et était blanche en plusieurs endroits ; à deux où trois lignes d'épaisseur, le cerveau était sain. L'hémisphère droit était dans son état naturel, ainsi que le cervelet et la protubérance annulaire.

Ventricule gauche du cœur développé. — Viscères thoraciques et abdominaux sains.

Nous n'avons pas cité cette observation pour l'historique de la maladie, mais pour les détails d'anatomie pathologique qui nous présentent un des plus beaux cas de céphalite aiguë compliquée d'arachnitis. Le fait suivant va nous montrer l'inflammation du cerveau existant du côté opposé à l'inflammation de la séreuse.

QUATRE-VINGT-QUINZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de l'hémisphère gauche. — Céphalite de l'hémisphère droit.

Un jeune militaire de vingt-six, ans reçoit plu-

sieurs coups de sabre sur le côté gauche de la tête, dont deux pénètrent dans le crâne, ainsi qu'une balle qui fracture le pariétal droit et pénètre dans le cerveau.

Le deuxième jour de l'accident : à la suite de la vive commotion morale qu'il en ressentit, se déclare une fièvre forte avec délire, agitation générale, convulsions des membres du côté gauche.

Le troisième jour : même état; paralysie du côté gauche.

Le quatrième jour : cris affreux ; agitation extrême.

Le cinquième jour : continuation des symptômes de paralysie.

Le sixième jour : état apoplectique ; respiration gênée, bruyante ; peau sèche ; langue noirâtre. Mort le lendemain.

Ouverture du cadavre. — 1°. Vis-à-vis la plaie faite par la balle, sur l'hémisphère droit, la dure-mère est dilacérée et noire dans une grande étendue.

2°. La portion du cerveau qui correspond à cette plaie est en suppuration à six lignes d'épaisseur, et à plus de deux pouces de circonférence ; tout cet hémisphère est bleuâtre.

3°. A gauche, la dure-mère est injectée vis-à-vis les deux coups de sabre, et entr'elle et

l'arachnoïde se trouve une véritable gélatine coagulée, tremblante, incolore et diaphane; l'hémisphère de ce côté est parfaitement sain.

(Dr. *Herpin. Dissert. an* XII.)

QUATRE-VINGT-SEIZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et des ventricules.—Kiste développé à la surface du cervelet.—Phlegmasie de la membrane interne de l'aorte.

Joseph Prévost, âgé de quarante ans, d'une constitution athlétique, entra à l'Hôtel-Dieu le 17 juillet 1817. Depuis 15 jours, il éprouvait une céphalalgie frontale forte qui fut bientôt suivie de délire. Il fut saigné. A son entrée à l'hôpital, on lui tira trois palettes de sang au bras, Quelques instans après, il était dans l'état suivant:

17 juillet. Quinzième jour environ : face rouge; conjonctives injectées; commencement d'ophtalmie à l'œil gauche; pupilles dans l'état naturel; loquacité; agitation extrême; délire violent; réponses par fois justes. Il rapporte qu'il avait reçu un coup à la tempe gauche, que depuis il éprouvait une douleur vive à la tempe droite lorsqu'il s'agitait ou qu'il se couchait sur le côté gauche. Les tégumens du crâne n'étaient pas douloureux; langue sèche et rugueuse, ni

rouge ni pâle, humide à ses bords; ventre dur, contracté, ne paraissant pas sensible, même à une forte pression; pouls dur, sans fréquence; peau chaude; cris; agitation violente la nuit.

Le 18 juillet : augmentation du délire; réponses rarement justes; langue moins humide sur les bords, toujours sèche; agitation extrême; pouls un peu plus fréquent qu'hier; les autres symptômes *id.*—Sérum; six sangsues derrière chaque oreille; six à chaque tempe; saphène de trois palettes; lavemens frais; fomentations émollientes sur le ventre. — A quatre heures, face moins rouge; conjonctives moins injectées; assoupissement plus profond; yeux fixes; lorsqu'on l'excite, l'agitation devient très-forte, et le délire très-intense; nulle réponse; la nuit, le délire fut moins turbulent, et l'agitation moindre.

Le 19 juillet : pupilles resserrées; réponses assez justes; loquacité; assoupissement lorsqu'on ne l'excite plus; sensibilité générale diminuée; mouvemens du bras gauche naturels; ceux du droit, au contraire, très-faibles et très-difficiles; pouls rare, assez résistant. Il dit ne point ressentir de céphalalgie; facies plus naturel; langue sèche. — Saphène de trois palettes; fomentations émollientes sur le ventre; lavemens

émolliens. — Le soir, facultés intellectuelles à peu près libres; parole embarrassée et mal articulée; ouïe un peu dure; engourdissement dans le bras droit; du reste, point de chaleur à la peau, ni de fréquence du pouls.

Le 20 juillet : le malade ne prend point de part à ce qui l'environne; la raison est complète, mais l'ouïe reste dure, et même à un degré plus marqué qu'hier; la parole est embarrassée, le tact général très-obtus; la tête est un peu douloureuse; le bras est dans le même état; le pouls est dur et développé, sans fréquence; la langue est sèche; le ventre sans douleur; la peau de chaleur naturelle. — Dix-huit sangsues à la tempe droite et derrière l'oreille du même côté; saignée; lavemens frais.

Le 21 juillet : le malade demande toujours à manger; mauvaise humeur; même état du reste. — Dix-huit sangsues comme hier; saignée; lavemens frais; sérum. — Le soir, paroles mal articulées; pouls plus facile à déprimer.

Le 22 juillet : nul changement; vomissement de matières puriformes. — Sérum; bain de jambes; lavemens frais; bouillon. — Le soir, le malade est moins bien.

Le 23 juillet : facultés intellectuelles à peu près libres; sens dans le même état qu'hier; nulle céphalalgie; nul assoupissement; mou-

vemens du bras droit dans le même état ; expectoration puriforme ; à chaque inspiration, bruissement dans le côté gauche de la poitrine qui est sonore à sa partie antérieure ; cœur battant avec une violence extrême, se faisant sentir jusqu'à l'épigastre ; pouls dur et fréquent ; peau très-chaude, sèche ; face peu injectée, jaunâtre ; traits allongés ; abdomen indolent ; langue sèche, rugueuse ; soif vive. — Six sangsues derrière les apophyses mastoïdes ; douze à l'épigastre ; saignée de deux palettes ; eau de gomme ; lavemens frais ; bain de jambes ; fomentations émollientes. — Mort à trois heures de l'après-midi, dans le coma le plus profond et l'insensibilité la plus complète.

Ouverture du cadavre. — 1°. Quelques traces d'adhérences gélatiniformes des deux feuillets de l'arachnoïde de la convexité des hémisphères. — Léger épaississement de l'arachnoïde qui tapisse les ventricules latéraux lesquels sont d'une capacité double de leur état naturel, mais ne contenant que peu de sérosité. L'arachnoïde du quatrième ventricule présente quelques petites granulations ; le septum lucidum est épaissi. — Le cerveau est sain.

2°. Entre l'arachnoïde et la pie-mère, vers la partie inférieure et postérieure du lobe gauche du cervelet, on trouve une tumeur du

volume d'un petit œuf, occupant un espace à peu près triangulaire, dont la base est tournée vers la protubérance annulaire. Aplati transversalement, le fond de cet espace est formé par le prolongement postérieur du cervelet. Ce kiste n'est pas adhérent à la substance du cervelet, laquelle est assez épaisse et d'une couleur jaune verdâtre. Sur sa surface, on voit çà et là quelques vésicules hydatiformes de même couleur. A l'intérieur du kiste, on trouve des grumeaux d'un sang épais et décomposé, dont quelques-uns ont le volume d'une cerise; ils sont unis entr'eux par une matière gélatineuse.

3°. A la surface postérieure du rocher gauche qui est recouvert par cette tumeur, l'on remarquait une carie qui avait détruit une portion de cet os et du conduit auditif interne.

Adhérences celluleuses de la plèvre gauche. Poumons sains, crépitans; bronches saines. Péricarde contenant des bulles d'air et de la sérosité sanguinolente. Cœur pâle, facile à déchirer. Membrane interne de l'aorte pectorale très-rouge dans plusieurs points; artères pulmonaires saines. — Estomac mou, se déchirant très-facilement; muqueuse marbrée avec des plaques rougeâtres. — Intestins engoués de matière jaunâtre; muqueuse saine. — Foie sans consistance. — Bile de la vésicule brune, aqueuse.

– Rate petite. — Œsophage rempli de la matière blanchâtre vomie; sa muqueuse pâle et fournissant cette matière par exhalation.

(*Observation communiquée par le* Dr. *Deslandes*.)

255. Voici un très-bel exemple d'arachnitis de la convexité, survenue chez un sujet déjà atteint d'une affection cérébrale. Tous les symptômes observés depuis le commencement de juillet, se rapportent à la phlegmasie de la séreuse, qui eût incontestablement cédé, si elle avait existé seule. En effet, les signes qui l'avaient annoncée, la céphalalgie, le délire, l'agitation, la rougeur des conjonctives, la fièvre, avaient cessé, et déjà la sérosité qui avait distendu les ventricules était résorbée, car ces cavités furent trouvées vides, bien qu'elles fussent très-spacieuses. La gêne des mouvemens du bras droit et la durée de l'ouïe se lient d'une manière trop essentielle à l'existence de la tumeur trouvée à la base du lobe gauche du cervelet, pour qu'on ne la regarde point comme la cause unique de ces derniers accidens, et même comme celle qui fit périr le malade.

QUATRE-VINGT-DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité des hémisphères. — Abcès enkisté à l'extérieur du cervelet.

Jeannette Pinot, âgée de seize ans, d'un tem-

pérament lymphatique, peu développée pour son âge, n'ayant point ses règles depuis quatre mois, fit une chute sur le front, vers la fin de novembre 1816. Quoique tombée d'un premier étage, elle ne perdit pas connaissance ; mais une douleur lancinante très-forte ne tarda pas à se faire sentir dans toute la circonférence de la tête. — Vingt sangsues furent appliquées autour des tempes et des oreilles ; on pratiqua une saignée du pied ; on prescrivit des sinapismes et des pédiluves sinapisés; un large vésicatoire fut placé sur la tête ; ce vésicatoire fit disparaître les douleurs. Alors on le supprima, en ayant soin d'en appliquer un autre à la nuque. — Pendant un mois, la malade n'éprouva rien ; mais les vésicatoires étant secs, Jeannette commença à se plaindre de douleurs très-vives et lancinantes dans la région postérieure du cou, là où était le vésicatoire ; elle éprouve de fréquens mouvemens convulsifs qui durent environ un quart d'heure, et commencent par les muscles du cou ; dans ces accès, elle est agitée de tout le corps, et la tête se renverse en arrière. Dès le principe ils ne paraissaient qu'une seule fois par jour, mais ils augmentèrent successivement de fréquence, au point qu'ils étaient extrêmes, lorsque la malade se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu.

Le 12 janvier 1817, jour de son entrée, et le quinzième environ depuis l'invasion de la douleur du cou, elle eut encore plusieurs accès. Voici quels étaient leurs principaux caractères : douleurs très-intenses, lancinantes dans la région cervicale du rachis, augmentant par le mouvement ; de tems en tems, renversement de la tête en arrière, avec roideur du cou ; pupilles très-dilatées et très-contractées ; yeux fréquemment fixes et immobiles ; facultés intellectuelles libres ; face pâle et triste ; pouls très-variable, lent ou fréquent, presqu'imperceptible et assez développé ; frissons fréquens et irréguliers ; langue nette et peu humide ; tout cet état varie dans un espace très-court. — Seize sangsues à la nuque et derrière les oreilles ; eau de veau ; sinapismes aux jambes ; pédiluves répétés. — Dans la journée, cris continuels ; plaintes ; mouvemens convulsifs, violens et fréquens ; tantôt ses réponses sont justes ; d'autres fois, elle se fâche et répond avec aigreur : elle est prise d'un vomissement spontané de matières vertes et filantes. (C'est le premier depuis le début de la maladie.)

Le 13 janvier : la douleur du cou est un peu moins vive ; les vomissemens ne sont pas revenus ; les autres symptômes sont les mêmes qu'hier ; les accès reparaissent à plusieurs re-

prises ; les cris continuent, ainsi que la mauvaise humeur de la malade. Elle meurt le soir à dix heures, sans avoir présenté d'assoupissement, sans qu'aucun autre symptôme ait fait présumer une fin aussi prompte, et après avoir dit qu'elle se trouvait bien.

Ouverture du cadavre. — Embonpoint moyen; corps bien conformé.

1°. L'arachnoïde qui recouvre la partie postérieure des hémisphères cérébraux était injectée et présentait des plaques rouges que ni les ablutions, ni le frottement ne pouvaient dissiper; adhérente au feuillet de la dure-mère, par une couche très-mince d'une matière albumineuse, elle se trouvait également unie intimement à la pie-mère, de sorte qu'on ne pouvait la détacher que par petits fragmens. La portion d'arachnoïde qui recouvre le cervelet était aussi très-injectée ; elle avait également contracté des adhérences au moyen d'une couche légère d'un fluide albumineux, avec la pie-mère et avec l'arachnoïde qui tapisse la face inférieure de la tente du cervelet. L'arachnoïde de la face inférieure du cerveau et de la protubérance annulaire était saine, quoiqu'injectée.

2°. Vers l'entrée du canal vertébral, elle présentait une adhérence organisée.

3°. Les ventricules latéraux étaient distendus par une sérosité limpide, de trois onces dans chaque; du reste, l'arachnoïde qui les tapisse était saine, lisse, sans opacité ni épaississement. Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties. Le cerveau était parfaitement sain.

4°. Le cervelet vers la face supérieure, présentait dans son lobe gauche, un kiste que l'on put facilement détacher de la substance cérébelleuse; il se trouvait formé de deux feuillets, l'extérieur plus mince, l'intérieur plus épais. Ce kiste qui avait la forme et le volume d'un œuf de poule, était rempli d'un pus verdâtre, sans saveur et presque sans odeur. La substance du cervelet environnante parut saine. La surface interne du kiste avait l'aspect muqueux qu'offrent les tissus accidentels qui se trouvent autour des anciens foyers de pus.

5°. La dure-mère qui recouvre les fosses occipitales et le commencement du canal rachidien, était très-rouge à sa face externe et un peu moins à l'interne. Le reste de la dure-mère était blanc et sain. Les muscles de la partie postérieure du cou ainsi que l'articulation, étaient dans l'état naturel.

(*Observation communiquée par MM. Récamier et Deslandes.*

Nous allons terminer ce qui a rapport aux

complications du cerveau proprement dites, par quelques faits de squirrhes et de tubercules coïncidant avec l'arachnitis.

QUATRE-VINGT-DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis des ventricules latéraux. — Squirrhe de l'hémisphère gauche du cerveau.

Un enfant de quatre ans, d'un tempérament lymphatique, ayant eu fréquemment les glandes du col engorgées, éprouvait depuis quelque tems des douleurs de tête très-intenses. Ces douleurs venaient par accès à des époques indéterminées, et arrachaient des cris au petit malade. Après quelques heures de cette céphalalgie, l'enfant reprenait ses amusemens, mais restait triste, pâle, et peu actif. Au commencement du mois d'août 1817, il ressentit à l'épigastre une douleur fixe, contre laquelle divers moyens furent employés sans succès. Le 26 août, il fut amené à l'hôpital des enfans, dans l'état suivant : pupilles dilatées, très-peu contractiles ; mouvemens convulsifs des paupières, lorsque l'on passe la main devant les yeux du malade ; somnolence habituelle ; facultés intellectuelles nullement altérées, en rapport avec son âge ; épigastralgie augmentant par la pression ; point de fièvre ; appétit ; sommeil tranquille.

Continuation du même état jusqu'au 20 : alors, grincement de dents ; trismus ; mouvemens spasmodiques des muscles de la face et des paupières ; dilatation des pupilles ; obscurcissement de la vue ; roideur des membres supérieurs et inférieurs. Après une heure de durée de ces accidens, l'enfant tomba dans un état d'assoûpissement.

Du 20 au 23, des accès semblables se renouvelèrent à plusieurs reprises, et la mort survint le quatrième

Ouverture du cadavre. — 1°. Les vaisseaux extérieurs de la tête étaient gorgés de sang. Au-dessous de la partie externe du sourcil gauche, existait une contusion qui avait l'étendue d'une pièce de vingt sols et paraissait devoir être rapportée à un coup que le malade s'était donné dans son berceau ; à l'incision de cette partie, il s'en écoula du pus d'un blanc mat.

2°. Le coronal, dans cette région, était ramolli et dégénéré en osteo-sarcome à sa surface externe, tandis qu'à l'interne il était d'une densité naturelle, mais hérissé d'aspérités et de pointes saillantes.

3°. Au-dessus de la voûte orbitaire gauche, existait une tumeur du volume d'un œuf de poule, dont le centre était dur et squirrheux : le reste de cette tumeur était divisé en cellules rem-

plies de pus ; la substance cérébrale environnante était convertie en putrilage, d'un gris noirâtre. Cette tumeur adhérait fortement à la paroi orbitaire, au moyen de la dure-mère qui était très-épaissie ; un trajet fistuleux se rendait de ce point dans le ventricule gauche.

4°. Les ventricules latéraux dont l'arachnoïde présentait une épaisseur au moins égale à la plèvre costale, étaient remplis par un liquide roussâtre (4 onces environ) ressemblant à de la lie de vin et laissant précipiter une poudre brune. Les autres parties de l'arachnoïde du cerveau et du cervelet, étaient parfaitement saines.

QUATRE-VINGT-DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base.—Sérosité abondante dans les ventricules.— Tubercule du cervelet.

Plautecost, âgé de neuf ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution bonne et sèche, d'un caractère concentré, très-jaloux, avait été sujet aux convulsions dans sa première enfance ; il eut une fièvre qui dura plusieurs mois. A l'âge de cinq ans, il fit une chute d'un lieu élevé ; le front porta sur l'angle d'une pierre ; la plaie qui en résulta se cicatrisa promptement, et depuis l'enfant jouit d'une parfaite santé. Ce fut à huit ans et demi qu'il commença à être

pris d'un tremblement général, accompagné de vive céphalalgie frontale, particulièrement à droite, avec la sensation d'une boule qui se déplaçait d'un côté à un autre, à chaque mouvement de la tête de gauche à droite. Au mois d'octobre 1816, cinq mois après l'apparition des premiers accidens, ses yeux perdirent leur direction naturelle, et il survint un strabisme à droite; il s'y joignit un mouvement fébrile, avec des paroxysmes le soir, marqués par du frisson et de la sueur. Le malade entra à l'hôpital des Enfans le 17 janvier 1817. Alors, outre les symptômes énoncés plus haut, il présentait les suivans :

Langue chagrinée, agitée de mouvemens convulsifs; parole très-difficile et accompagnée de convulsions de la face; tremblement général augmentant quand on le touche; facultés intellectuelles libres; amertume de la bouche; haleine fétide; abdomen douloureux, surtout à droite; constipation; soif vive; peau sèche, brûlante; toux légère; respiration libre; thorax douloureux à la pression du côté droit qui cependant est sonore dans toute son étendue; pouls fréquent et irrégulier; maigreur médiocre. — Tartre stibié, gr. jjj en trois doses; arnica. — Plusieurs selles bilieuses.

Le 18 janvier : continuation de la céphalalgie

et du tremblement, mais cessation de la douleur de l'abdomen et du thorax; langue nettoyée; pouls fréquent et intermittent. — Limonade. — La nuit, coliques violentes; plusieurs selles; agitation.

Le 19 : tremblement ; langue chargée ; haleine fétide ; ventre et surtout épigastre douloureux ; urines sédimenteuses ; langue rouge ; diarrhée.

Le 21 : assoupissement ; tremblement moindre, n'augmentant plus quand on touche le malade. Dans la journée, agitation ; la nuit, anxiétés ; cris ; délire ; deux selles.

Le 22 : augmentation de la céphalalgie ; œil droit entr'ouvert, larmoyant ; parole difficile ; tremblement moindre ; ventre un peu dur et très-douloureux à la pression ; langue blanchâtre ; haleine fétide ; dévoiement ; poitrine douloureuse, mais résonnant bien ; pouls intermittent. — Serpentaire de Virginie ; potion avec camphre ; séton à la nuque. — Dans la journée, plusieurs selles ; agitation ; cris ; la nuit, délire.

Le 23 : convulsions de la face et des yeux ; violens élancemens dans la région frontale droite, et toujours avec sensation d'une boule ; assoupissement ; voix plaintive ; intellect libre ; tremblement moindre ; de tems en tems cris plaintifs, par la douleur de tête ; selles in-

volontaires ; respiration libre ; thorax résonnant mal à gauche ; battemens du cœur ; pouls fréquent, intermittent. — Trait *id.* ; sinapismes aux pieds. — Le soir, écume à la bouche ; pupilles dilatées, immobiles ; yeux fixes ; stupeur de la face qui est pâle ; sensibilité générale obtuse ; assoupissement dont on a beaucoup de peine à tirer le malade, et alors il s'agite, devient furieux et porte sa main au côté droit du front ; nulle réponse ; rougeur du pharynx. La nuit, délire.

Le 24 : conjonctives un peu injectées ; pupilles dilatées ; yeux entr'ouverts, fixes ; tête inclinée à gauche ; le malade entend les questions qu'on lui adresse, mais il n'y répond que difficilement ; face plombée ; lèvres bleuâtres ; langue couverte d'un enduit épais, blanchâtre ; ventre douloureux ; battemens forts ; pouls petit et fréquent ; augmentation de la stupeur. Mort à trois heures.

Ouverture du cadavre. — Dure-mère rouge ; sinus gorgés de sang ; injection des vaisseaux de l'arachnoïde. La portion qui recouvre la protubérance annulaire et le carré des nerfs optiques, était infiltrée d'une sérosité semi-albumineuse, demi-concrète, d'un blanc laiteux, avec épaississement marqué. Les ventricules latéraux contenaient huit onces de sérosité. La substance cérébrale était injectée, mais ferme ; les circonvolutions

étaient plus aplaties à gauche qu'à droite. La surface de l'hémisphère droit présentait vers sa partie moyenne, une plaque de la largeur d'une pièce de deux francs, dense, blanche et épaisse de deux lignes. — Le cervelet était mol, il adhérait par sa face postérieure avec la petite faulx, et présentait en cet endroit un tubercule oblong, placé transversalement et séparé en lobules entre lesquels se trouvait une substance demi-transparente. Ce tubercule était renfermé dans un kiste à parois molles et grises ; il se rétrécissait à la partie postérieure, pour recevoir la petite faulx de la dure-mère. — Poumon droit sain ; le gauche hépatisé. Une once de sérosité dans le péricarde. — Adhérences anciennes de l'épiploon au péritoine, au foie, au diaphragme, à l'estomac et au colon transverse. Muqueuse gastrique rouge en quelques points. Muqueuse vésicale un peu rouge.

(*Cahiers de l'administration des hôpitaux.*)

CENTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base.—Sérosité dans les ventricules. — Tubercules dans l'hémisphère droit du cerveau, dans la protubérance annulaire et dans le cervelet.

Morel, âgé de quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution,

éprouva vers le 15 avril 1816, du malaise, de l'anxiété avec fièvre. Cet état resta stationnaire pendant treize à quatorze jours ; aucun traitement ne fut employé. Au commencement du mois de mai, la fièvre devint continuelle et le malade fut obligé de garder le lit. Le 10, il entra à l'hôpital des Enfans.

Le 11 mai: face bouffie, alternativement rouge et pâle ; paupières entr'ouvertes ; pupilles dilatées ; léger assoupissement ; main gauche presque toujours appliquée sur le côté correspondant du crâne ; agitation continuelle ; cris ; lèvres rouges ; langue humide, recouverte d'un enduit blanchâtre ; abdomen souple ; constipation ; pouls irrégulier, tantôt lent et large, tantôt petit et fréquent, 170 ; peau molle, douce au toucher ; chaleur naturelle. — Infusion de violette ; émulsion 4 onces ; une sangsue de chaque côté du col ; glace sur la tête ; sirop d'ipécacuanha. — La nuit convulsions ; délire.

Le 12 mai : coma profond ; même état du reste. Même traitement sauf les sangsues.

Le 13 mai : yeux immobiles, fixes ; pupilles presqu'insensibles ; trismus ; écume à la bouche ; coma profond ; face pâle et bouffie ; jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin ; décubitus en supination ; pouls petit et fréquent ; déglutition difficile ; respiration lente et pro-

fonde. — Sinapismes ; vésicatoires derrière les oreilles ; glace sur la tête ; tartre stibié gr. j ; décoction de polygala ; potion gommeuse avec alcool nitrique une once.

Evacuation alvine dans la nuit, convulsions plus sensibles du bras droit que du gauche.

Le 14 mai : yeux mobiles, roulant dans l'orbite ; cessation du trismus ; coma moins profond ; face rouge ; pouls plus fort, plus développé ; respiration bruyante. — Traitement *id.* — L'enfant reconnaît sa mère et lui parle ; la nuit point de convulsions ; deux selles.

Le 15 mai : pupilles dilatées ; yeux chassieux ; assoupissement ; mouvemens convulsifs des membres ; main constamment portée à la tête. — Glace sur la tête ; vésicatoires aux cuisses ; traitement interne *id.*

Le 16 mai : coma ; roideur des membres thoraciques ; pouls fréquent ; respiration profonde ; augmentation de la chaleur. — Traitement *id* ; vésicatoire sur la tête.

Le 17 mai : yeux immobiles, entr'ouverts ; pupilles insensibles ; coma ; renversement de la tête en arrière ; grincement continuel des dents ; pouls mol, petit. — Traitement *id.* ; lavement purgatif. — Dans la journée, selles abondantes, assoupissement moindre. Le soir légères convulsions.

Le 18 mai : pupilles moins dilatées ; oscillations de la droite ; coma ; rigidité des membres ; pouls irrégulier et fréquent. — Traitement *id.*

Le 19 mai : même état ; l'enfant porte toujours la main à sa tête.

Le 20 mai : face pâle, livide ; yeux recouverts d'une pellicule d'un gris pâle, agités de mouvemens continuels de rotation ; respiration lente, inégale ; extrémités froides. Mort.

Ouverture du cadavre. — 1°. Rougeur de l'arachnoïde qui recouvre la base du cerveau, avec épaississement, injection de ses vaisseaux ; rien de particulier dans ses autres régions. — Six onces de sérosité blanchâtre dans les ventricules latéraux. Aplatissement des circonvolutions du cerveau. — Deux tubercules du volume d'une noisette dans les parties latérale et antérieure de l'hémisphère droit. Un autre, du même volume dans la protubérance annulaire. Enfin, un quatrième sur la face supérieure du cervelet ; ce dernier était plus volumineux que les autres. Tous étaient d'un jaune pâle, assez denses et enkistés. — Un tubercule de la grosseur d'une noix, se trouvait dans le sommet du poumon droit. Le gauche était farci de tubercules dont les uns ressemblaient à ceux du cerveau, et dont les autres étaient en suppuration.

(Dr. *Mitivié. Dissertation.*)

CENT-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, de la base et des ventricules.—Sérosité dans ces cavités.—Foyer purulent à l'extrémité supérieure du canal vertébral.

Une jeune fille de huit ans et demi, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital des Enfans le 27 août 1819. Depuis un an, sans cause connue, elle éprouvait des douleurs profondes dans la nuque, peu vives à la vérité, mais continuelles, et avec gêne considérable des mouvemens du col. Le côté gauche ne tarda pas à devenir le siège d'une faiblesse considérable. Peu à peu la tête s'inclina sur l'épaule gauche et un gonflement se fit apercevoir à la partie gauche et postérieure du col, à la hauteur de la deuxième vertèbre. La faiblesse du côté malade, alla en augmentant; la vessie fut même paralysée pendant quelque tems.—Deux cautères appliqués sur les côtés de la tumeur cervicale, mirent la malade dans le cas de se soutenir et de mouvoir un peu le bras gauche.

A son entrée à l'hôpital, l'enfant marchait quoiqu'avec peine, le bras gauche était pesant, habituellement engourdi, un peu amaigri et ne pouvait être porté à la tête; celle-ci s'inclinait à gauche par un quart de torsion du col; ses mou-

vemens étaient très-circonscrits et douloureux. Au-dessous de la partie gauche de l'occiput, on sentait un engorgement profond, uniforme, mais circonscrit, soulevant la peau. Sur le côté gauche du col, existaient quelques ganglions lymphatiques tuméfiés ; la voix était gutturale, la prononciation difficile. Du reste, l'état général était assez bon. L'enfant témoignait de la gaîté, de l'appétit, un vif désir de guérir. Les facultés intellectuelles étaient parfaites ; le ventre était un peu dur et tuméfié, mais indolent.

Un autre cautère fut appliqué au côté gauche de la tumeur, le premier s'étant fermé. On faisait usage de boissons amères et de frictions avec l'ammoniaque.—Dès que le cautère fut en suppuration, l'enfant put remuer le bras et le porter à la tête. La respiration devint alors gênée, bruyante pendant le sommeil, et semblable à celle des individus affectés de polype des fosses nazales.

Rien de particulier jusqu'au 18 septembre, où l'on commença à s'apercevoir que la peau était sèche et chaude le soir, et que la respiration était plus embarrassée ; du reste aucun trouble sensible des diverses fonctions; on diminue les alimens et l'on ordonne des boissons délayantes.

Le soir du même jour, la respiration étant plus gênée pendant le sommeil et la chaleur de la

peau étant plus âcre, on réveilla l'enfant qui affirma dormir et ne ressentir aucun mal. Deux heures après, cette gêne augmentant, on la trouva assoupie, respirant avec la plus grande difficulté, faisant des efforts inutiles pour parler, la main sans cesse portée au larynx. On crut à l'existence d'un croup, et on appliqua un vésicatoire au devant du col. Quelques momens après, les yeux devinrent saillans, comme égarés ; les réponses devinrent incohérentes et le malade vomit des mucosités. — On appliqua des sinapismes aux cuisses.

Le 19 septembre : assoupissement continuel ; pupilles dilatées et peu sensibles ; pouls rare, un peu dur, peu développé ; respiration de plus en plus embarrassée ; lèvres gonflées, violettes ; langue épaisse ; arrière bouche rouge et gonflée ; perte totale des forces. — Sinapismes aux bras et aux jambes ; six sangsues au col ; lavement purgatif. Fumigations excitantes. — A midi, respiration stertoreuse. Mort, sans convulsions, mais avec de l'agitation.

Ouverture du cadavre. — Arachnoïde des faces supérieure et latérales des hémisphères, épaissie, opaque, d'un blanc mat.

Arachnoïde de la base du cerveau très-épaissie, inégale, grisâtre, opaque, unissant intimement entr'eux les lobes du cerveau et leurs circonvo-

lutions. Cette membrane, au-devant de la protubérance annulaire, avait plus d'une ligne d'épaisseur et présentait une consistance remarquable. Toute l'arachnoïde de la partie gauche et inférieure du cervelet était très-endurcie et adhérente à sa substance qui était mollasse et comme macérée. Les fosses de la base du crâne contenaient une assez grande quantité d'un liquide brunâtre, mêlé de flocons de même couleur, grumeleux comme sanieux, et qui semblaient refluer par le trou occipital. Les ventricules latéraux contenaient deux onces et demie environ de sérosité trouble, floconneuse ; leur membrane était un peu épaissie ; le troisième et le quatrième ventricules étaient également remplis de sérosité très-floconneuse. Le diamètre du trou occipital était rétréci à gauche par une tumeur développée sous la dure-mère vertébrale et qui comprenait la moëlle allongée. L'altération de l'arachnoïde s'étendait à un pouce et demi dans le canal vertébral et formait un cul-de-sac rempli par le liquide dont nous avons parlé au sujet des fosses de la base du crâne. L'Apophyse transverse gauche de l'atlas était détruite ; la surface articulaire correspondante, dépouillée du cartilage, était usée en grande partie et assez lisse quoique plus friable que dans l'état sain ; la facette articulaire de l'occipital présentait une

altération analogue. Cette articulation était comme le centre d'un abcès à plusieurs prolongemens dont l'un saillant sur le côté gauche du grand trou occipital, se portait au-devant de l'atlas, jusqu'au haut du pharynx où il formait une poche qui repoussait la paroi postérieure ; l'autre plus considérable se partageait en deux parties dont l'une refoulait en dehors la veine jugulaire interne, et l'autre du volume d'une forte noix, se dirigeait en arrière sous le muscle grand oblique de la tête. Ce muscle épanoui, aminci, formait en quelque sorte une partie des parois de cet abcès ; son extrémité supérieure ayant perdu son point d'attache, par la destruction de l'apophyse transverse de l'altas, se confondant avec le tissu cellulaire et les ligamens voisins. L'intérieur de cet abcès était à moitié vide, le pus paraissait y avoir été résorbé en partie ; ce qui en restait était épais, consistant et aplati par couches membraniformes.

— Les poumons étaient sains, un peu gorgés de sang. — L'abdomen ne présentait rien que de naturel, sauf le foie qui était aussi un peu gorgé de sang.

CENT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Ramollissement de la moëlle épinière.

M. ***, âgé de soixante-quinze ans, disposé aux affections morales tristes que des revers de fortune vinrent encore augmenter, éprouvait depuis le mois d'août 1820, une faiblesse très-marquée des extrémités inférieures, laquelle fit des progrès tels, qu'au commencement de novembre il ne marchait qu'avec la plus grande difficulté. Pendant trois mois, obligé de donner des soins à sa femme, qui était alors malade, il ne put prendre un quart d'heure de sommeil. Depuis, il lui fut impossible de s'y livrer. A la suite de cette insomnie forcée, le 10 novembre, se déclara une céphalalgie très-intense qui s'accompagna d'une diminution notable des facultés intellectuelles. La céphalalgie persista ainsi que le trouble de l'intelligence, jusqu'au 26 du même mois où nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Le 26 novembre : perte complète des fonctions intellectuelles ; impossibilité de se mettre en rapport avec les personnes qui l'entourent ; conservation de la sensibilité des deux côtés ; roideur des mâchoires, du tronc et des membres supérieurs et inférieurs ; cou porté en ar-

rière ; mouvemens automatiques des deux bras, beaucoup plus fréquens du droit ; le gauche en revanche est dans un état de rigidité beaucoup plus considérable. — Vingt-quatre sangsues derrière les oreilles. — Diminution de l'assoupissement.

Le 27 et le 28, le malade fut mis à l'usage du musc, ce qui développa une réaction assez forte. De nouvelles sangsues furent appliquées, mais sans aucun amendement.

Le 29 : on commença les affusions à seize degrés, pendant l'espace de huit minutes ; on en donna deux par jour. Pendant leur durée, le malade faisait de grands efforts pour sortir du bain. La chaleur se rétablissait facilement. Elles furent continuées jusqu'au 11 décembre, sans avantage sensible. Pendant tout ce tems, le malade resta dans le même état décrit le 26, quoique par moment il semblait entendre ; d'autres fois, il délirait sensiblement ; il prononçait des mots incohérens ; se plaignait souvent de la tête ; les pupilles restèrent toujours naturelles, les yeux ouverts et les paupières libres ; le bras gauche conserva toujours une rigidité beaucoup plus marquée que le bras droit. On le nourrissait avec du bouillon. Il existait une constipation opiniâtre, et une odeur de souris fort remarquable.

Le 9 décembre : l'affaissement augmenta, le pouls devint irrégulier, sans prendre de fréquence. (Il n'en avait pas présenté jusqu'ici.)

Le 10 : mouvemens de mastication ; augmentation de l'affaissement ; continuation des autres symptômes. — On cesse les affusions.

Le 12 : il se déclare un véritable coma, et le 13, il expire sans qu'on ait remarqué de fréquence notable du pouls, ni la moindre diminution dans la rigidité des membres et du tronc. La poitrine et le ventre furent parfaitement libres pendant le cours de cette maladie.

Ouverture du cadavre. — 1°. Inflammation générale de toute l'arachnoïde qui revêt la face supérieure des hémisphères cérébraux, avec épaississement, opacité et plaques blanchâtres résultant de l'infiltration du pus dans les mailles de cette membrane. L'épaississement diminue sur les parties latérales ; il est encore moindre à la base des trois lobes, quoique cependant il y soit encore très-sensible, et que l'arachnoïde y soit laiteuse. Sur le cervelet, la séreuse est moins opaque et moins épaisse, mais cependant conserve les traces d'une inflammation évidemment plus ancienne que celle que l'on remarque sur le cerveau. L'arachnoïde de la moëlle épinière est saine. Celle des ventricules naturelles ne contient point de sérosité, est dans

son état naturel, non chagrinée. Point d'exhalation séreuse à la surface du cerveau.

2°. Le corps calleux présente un léger ramollissement, très-peu sensible, vers la paroi postérieure et externe du ventricule droit ; ce ramollissement a près d'un pouce de longueur sur quelques lignes d'épaisseur. La substance ramollie est blanche, même à la section. — La protubérance annulaire et le reste du cerveau et du cervelet sont dans l'état naturel.

3°. La moëlle épinière, vers la quatrième vertèbre cervicale, commence à avoir moins de densité, de sorte qu'à sa région dorsale elle est excessivement ramollie, et vers le milieu de cette région, elle n'a plus que la consistance d'une crême, et devient diffluente sous la moindre pression. — La poitrine et le ventre n'ont point été ouverts.

256. Cette observation, dont le traitement a été dirigé en ville par M. Récamier, et que l'un de nous a recueillie, nous a paru remarquable par l'état de rigidité de tout le système musculaire, phénomène qui peut appartenir aussi bien au ramollissement de la moëlle épinière, qu'à l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale. Nous noterons que le ramollissement du côté droit du corps calleux était excessivement léger, et que nous n'y avons particulièrement fait at-

tention, qu'à cause de la rigidité plus prononcée du bras gauche et l'agitation plus marquée du bras droit, sans vouloir cependant en rien inférer dans ce sens, la roideur générale se rapportant davantage pour nous, dans ce fait, à l'arachnitis.

ARTICLE IV.

Formes de l'Arachnitis cérébrale.

---

§. I. *Forme intermittente.*

257. Si l'on se rappèle la description que nous avons donnée de l'arachnitis, et surtout les nombreux exemples que nous en avons fournis, on reconnaîtra facilement quelle est la marche qu'elle affecte, l'ordre dans lequel se suivent et se présentent ses symptômes, et les variations qu'ils peuvent offrir dans certaines circonstances. On aura pu remarquer que les accidens pris en général, ne restent point toujours au même degré d'intensité, qu'en demeurant les mêmes, ils présentent des rémissions et des exacerbations lesquelles n'ont rien de constant pour leur fréquence, leur durée et le degré auquel ils sont portés. On aura pu encore observer que chacun des symptômes pris isolément ne reste pas constamment le même ; qu'il paraît et dispa-

raît alternativement, souvent à des intervalles de tems fort courts, souvent aussi à des intervalles fort éloignés; ce serait ici le lieu de nous étendre sur ce sujet, mais nous ne ferions que répéter ce que nous avons déjà dit en traitant de chaque symptôme de l'arachnitis en particulier, et en indiquant les différentes périodes que nous lui reconnaissons.

Il est cependant une manière d'être de cette inflammation qui par sa rareté et par la forme singulière de sa marche, mérite une attention toute particulière et sur laquelle nous allons nous appesantir.

Sans entrer dans des détails et des considérations sur la nature et l'essence des affections intermittentes, sans vouloir établir de parallèle entre les fièvres pernicieuses céphalique, délirante, soporeuse et l'arachnitis, sans chercher non plus à approfondir les opinions de quelques médecins modernes qui pensent que les maladies qui affectent ce caractère particulier, ne sont que l'inflammation d'un organe quelconque, nous dirons que l'arachnitis peut dans des circonstances peu fréquentes à la vérité, revêtir cette forme, ce que nous prouvons, non par des théories et de stériles discussions auxquelles on peut toujours opposer des argumens plus ou moins spécieux, mais uniquement par des faits,

auxquels on ne peut rien répondre, et qui portent avec eux la conviction.

CENT-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité du cerveau, à type quotidien.

Un homme reçoit sur la tête un corps très-lourd qui tombant d'un endroit élevé, brise et enfonce plusieurs portions du pariétal droit. Il perd connaissance pendant un quart d'heure au moment de la chute, mais il la recouvre bientôt complétement. Il reçoit tous les soins qu'exige sa blessure.

Pendant quatre jours, tout alla parfaitement bien, le malade n'eut pas même de céphalalgie ; elle ne parut que le soir du quatrième jour, et s'accompagna de frissons, de symptômes gastriques, de délire alternant avec un assoupissement profond, d'une vive coloration de la face, de fréquence et de dureté dans le pouls, et d'une chaleur générale très-vive. Jusqu'au 9, tous ces accidens revinrent régulièrement tous les soirs; ils disparaissaient si complétement, qu'on aurait pu douter du désordre de la nuit, si le malade n'avait pas été examiné avec la plus grande attention. Dans le courant de la journée, il était calme et gai, raisonnait bien et man-

geait de bon appétit la nourriture qu'on lui accordait.

Le neuvième jour au matin, le calme ne revint pas ; le délire, la fièvre, les mouvemens presque convulsifs, prirent en peu de tems un haut degré d'intensité ; l'assoupissement se convertit bientôt en véritable coma ; la respiration devint stertoreuse, le pouls petit et intermittent, la peau sèche, etc. Tous ces accidens allèrent en augmentant jusqu'à la mort qui arriva le lendemain.

Pendant tout le tems de cette affection, le malade ressentit dans le cou une douleur très-vive.

Ouverture du cadavre. — 1°. La surface interne de la dure-mère, à trois ou quatre pouces environ de l'ouverture du crâne, était détachée de l'os et couverte de pus.

2°. L'arachnoïde sur l'un et l'autre hémisphère était rouge ; sur le droit, elle était de plus recouverte d'une couche de matière puriforme assez épaisse et confondue avec la substance cérébrale au niveau de l'ouverture du crâne ; cette couche était plus mince, et pouvait être détachée de l'arachnoïde dans les autres endroits.

3°. La pie-mère également enflammée avait acquis beaucoup d'épaisseur et tenait intimement réunies entr'elles les circonvolutions cérébrales. Au niveau de la plaie extérieure, la subs-

tance du cerveau était brunâtre et comme liquefiée à un travers de doigt de profondeur. On trouva la troisième vertèbre dorsale fracturée, et la membrane de la moëlle épinière en cet endroit légèrement phlogosée.

(*Docteur Lemaire. Dissertation.*)

258. Il serait difficile de trouver un fait plus beau que celui-ci, et plus propre à donner un exemple de la marche intermittente que nous cherchons à démontrer; c'est une plaie de tête avec fracture et enfoncement des os du crâne, qui occasionne la maladie; tous les symptômes de l'arachnitis se déclarent au quatrième jour, et pendant cinq jours de suite, ils reparaissent toutes les nuits pour se dissiper pendant le jour d'une manière si complète, que le malade peut alors se livrer à son appétit et manger ce qu'on lui présente; enfin, le désordre qu'offre l'ouverture du cadavre est si considérable qu'on ne peut se refuser à l'évidence, et attribuer la mort à tout autre cause qu'à celle que nous voyons.

Ce n'est pas nous qui avons recueilli cette observation, ce qui nous la rend encore plus précieuse; l'auteur qui n'a rien négligé en la recueillant et en la rapportant, paraît avoir été frappé lui-même de cette intermittence, car il a bien soin de noter « qu'on aurait pu douter du désor-

» dre de la nuit, si le malade n'avait pas tou-
» jours été examiné avec le plus grand soin. »
Nous n'avons fait qu'extraire ces détails de son observation, en retranchant tout ce qui regarde le désordre extérieur qui ne nous regarde pas.

CENT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité du cerveau, à type quotidien.

Un adulte fort et bien constitué est apporté un jour dans les salles de M. Récamier, dans l'état suivant :

Perte complète de connaissance; coucher en supination ; désordre complet des facultés intellectuelles, souvent même délire furieux ; rougeur très-vive de la face; yeux habituellement fermés ; conjonctives injectées ; rétrécissement extrême des pupilles ; agitation continuelle ; soubresauts des tendons ; chaleur vive et sécheresse de la peau ; pouls dur, petit, fréquent ; haleine très-fétide. Dans l'après-midi, tous ces accidens disparaissent ; la connaissance revient complétement ; le malade parle ; il se plaint d'une douleur de tête, qui, dit-il, est intolérable avant l'accès ; il ne sait à quoi attribuer cette maladie qu'il regarde comme une légère indisposition. Quoique très-fatigué, il passe le reste de la journée et la nuit entière dans un état satisfaisant.

Le lendemain matin, il est pris de frissons qui s'accompagnent bientôt de tous les accidens qu'il présentait la veille, lors de son entrée à l'hôpital; comme la veille aussi, le calme revient dans l'après-midi, mais le malade reste plus abattu et plus courbaturé.

Le surlendemain, les accidens reparaissent à la même heure que les jours précédens et disparaissent de même; on reconnaît une fièvre intermittente pernicieuse, et on dirige le traitement en conséquence.

Le quatrième jour, l'accès reparaît avec plus de force et d'intensité que les jours précédens, et le malade meurt deux heures après son invasion.

Ouverture du cadavre. — L'arachnoïde était d'un rouge vif, non seulement au-dessus de la masse cérébrale, mais encore à la partie interne de toute la dure-mère; elle était de plus très-épaissie, mais au-dessus du cerveau seulement; elle adhérait encore à la surface des circonvolutions d'une manière plus intime que dans l'état naturel; les circonvolutions étaient un peu ramollies. La membrane muqueuse du colon et de tous les intestins grêles, offrait également une rougeur très-vive.

259. Dans ce fait, si conforme au précédent, les symptômes caractéristiques de l'arachnitis,

quoique peu nombreux, sont cependant suffisans pour la bien faire connaître ; les lésions organiques sont encore des plus tranchées et des plus évidentes. Nous avons recueilli cette observation dans les salles de M. Récamier, et nous avons suivi attentivement le malade pendant tout le tems qu'il y fut, ce qui fait que nous la regardons comme des plus concluantes. Si cette maladie fut prise pour une fièvre intermittente pernicieuse et traitée par le quinquina, cela tient à des circonstances particulières, et peut-être à l'ignorance où l'on était alors, que l'arachnitis pouvait dans certaines circonstances, revêtir la forme de ces terribles maladies.

CENT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis cérébrale générale, intermittence des accidens qui reviennent deux fois dans la journée.

Maujy, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution frêle et délicate, adonné aux boissons spiritueuses, est pris un jour, sans cause connue, de frissons et d'une forte douleur de tête ; il reste pendant plusieurs jours dans un état incertain de santé et de maladie ; des mouvemens convulsifs épileptiformes étant survenus inopinément, il entre à l'hôpital. Il était très-maigre ; il avait

la face pâle, les yeux comme égarés; il se plaignait peu de la céphalalgie ; il n'avait pas de fièvre, mais deux fois par jour il perdait connaissance, et alors : céphalalgie plus intense avant et après l'attaque ; légers mouvemens convulsifs des muscles de la face ; convulsions générales de tous les membres; roideur tétanique des muscles du col; salive épaisse, rougeâtre, remplissant la bouche. Le musc et les autres antispasmodiques n'apportent aucun soulagement à ces accidens qui persistent au même degré pendant huit à dix jours, et toujours aux mêmes heures ; ils augmentent ensuite d'intensité, se prolongent tellement qu'ils ne laissent plus entr'eux d'intervalle ; les mouvemens convulsifs sont continuels jusqu'à l'instant de la mort qui arrive vingt-cinq jours après l'invasion de la maladie, et dix jours après que les symptômes eurent cessé de présenter des intermittences complètes.

Ouverture du cadavre. — Rougeur très-intense de toute l'étendue de l'arachnoïde ; quantité médiocre de sérosité dans les ventricules latéraux ; rougeur très-vive de la muqueuse de tous les intestins qui sont invaginés en plusieurs points ; engorgement des glandes mésentériques ; état sain de tous les autres viscères.

260. Il faut convenir qu'au premier abord, l'ensemble des symptômes rapportés dans cette

observation, constituerait plutôt une épilepsie qu'une véritable arachnitis; cependant en considérant l'invasion subite des accès de l'épilepsie, leur courte durée, l'aspect particulier qu'ils présentent, nous ne pouvons pas les reconnaître dans la maladie qui nous occupe maintenant; de plus, il est inoui que l'épilepsie ait fait mourir dans l'espace de vingt jours, à dater de l'invasion des premiers accidens; on n'a jamais vu, non plus, un accès qui n'est ordinairement que de quelques minutes et rarement d'une heure, se prolonger pendant dix jours, sans laisser, pendant tout ce tems, la moindre rémission; nous ne voyons pas non plus que l'écume à la bouche doive nous faire changer notre manière de voir, puisqu'elle se rencontre à la fin de beaucoup de maladies aiguës, et que nous l'avons observée plusieurs fois dans l'arachnitis. Rien ne s'oppose donc à ce que nous rangions ce fait parmi les arachnitis intermittentes doublées. L'ouverture du cadavre lève tous les doutes qu'on pourrait avoir à ce sujet.

CENT-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, de la base et des ventricules, à type tierce.

Un maçon, âgé de quarante-six ans, fort et bien constitué, habitant Paris depuis long-tems,

fut pris un jour au milieu de son travail, d'un malaise considérable, accompagné de frissons, de tremblemens, et suivi d'une céphalalgie frontale extrêmement intense ; ce frisson dura deux heures, la chaleur lui succéda ; ce ne fut qu'après plus de douze heures que le calme et la santé furent rétablis. Le lendemain, apyrexie complète.

Le surlendemain, le frisson revient à la même heure que le premier jour, et s'accompagne de céphalalgie, de surdité, de mouvemens convulsifs dans les lèvres, d'un demi-délire caractérisé par l'incohérence des réponses, de resserremens des pupilles, et d'un tremblement général des membres. Les derniers accidens persistent au même degré pendant le stade de la chaleur ; ils disparaissent avec l'accès qui se termine à la même heure que le premier. On put observer cinq accès aussi bien caractérisés que le second que nous venons de décrire. L'apyrexie était complète dans l'intervalle d'un accès à l'autre ; le malade alors, quoique fatigué, jouissait de tous les signes extérieurs de la santé ; on essaya de lui donner quelques prises de quinquina qui fut constamment rejeté. Le cinquième accès fut plus fort que tous les autres ; ce fut au milieu de celui-ci, au moment où les symptômes cérébraux

étaient au plus haut degré d'intensité, que le malade expira.

Il faut remarquer que la paralysie des membres, qui fut très-marquée pendant les quatre premiers accès, n'eut pas lieu pendant le dernier.

Ouverture du cadavre. — Épaississement et opacité de toute l'arachnoïde cérébrale et cérébelleuse ; elle est infiltrée ainsi que le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, d'une sérosité purulente, ce qui lui donne, en plusieurs points, deux lignes d'épaisseur ; les ventricules sont remplis d'une sérosité grisâtre, purulente, floconneuse ; le cervelet est molasse ; le cerveau, plus dense, à l'extérieur que dans l'état naturel, offre à la partie postérieure du lobe moyen droit, une espèce de foyer purulent liquide.

Les réflexions que nous avons ajoutées aux observations précédentes, sont applicables à celle-ci que nous n'envisageons dans ce moment que sous le rapport du caractère intermittent.

CENT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité, de la base et des ventricules.

Gribelet, âgé de soixante-six ans, ancien domestique, grand, fort, athlétique, tête volumineuse, muscles saillans, est apporté sans con-

naissance à l'Hôtel-Dieu, le 16 novembre 1814; examiné aussitôt, nous trouvâmes :

Carus profond dont rien ne le pouvait faire sortir; contraction permanente des mâchoires, des membres, des parois abdominales et de la partie postérieure du col et du tronc; en le soulevant, on l'enlève tout d'une pièce; abolition complète de la sensibilité, même sous l'influence des excitans les plus forts et les plus douloureux; les pupilles sont cependant sensibles à la lumière; face rouge et animée; yeux injectés, très-mobiles et saillans; état naturel de la circulation et de la respiration. On apprit le soir qu'il était malade depuis quinze jours; qu'il était le plus souvent dans cet état, mais qu'à des intervalles assez éloignés, il recouvrait la parole et toute sa connaissance, et qu'il la conservait pendant assez long-tems. — Une affusion froide prescrite par M. Récamier, fait cesser l'état comateux et tétanique; le malade recouvre la parole et est assez bien pendant une heure et demie; mais le soir, les accidens reparaissent avec une augmentation dans la rougeur de la face et la fréquence du pouls.

17 novembre : même état avec cette différence qu'il donne des signes de sensibilité lorsqu'on le pince fortement; l'affusion froide est réitérée, mais elle ne fait qu'aggraver la roideur tétanique

des membres ; il survient pour la première fois du délire.

Le 18 novembre : le carus et tous les accidens qui l'accompagnent cessent pendant la nuit ; le malade reste dans un état de demi-imbécillité ; mais après une affusion, les idées s'éclaircissent, il répond juste aux questions qu'on lui fait, et passe la journée dans un état très-satisfaisant.

Le 17 novembre : la stupeur et la contraction des muscles reparaissent dans la nuit ; vers le matin cependant, l'abolition des facultés intellectuelles n'est pas complète, car il répond par signes aux questions qu'on lui fait. — On lui donne un affusion. — Mais immédiatement après, augmentation extrême de la contraction tétanique; resserrement des pupilles ; abolition complète de la sensibilité ; le malade reste dans cet engourdissement pendant plusieurs heures ; il en sort pour crier, vociférer et courir dans la salle ; mais remis dans son lit, il retombe dans son premier engourdissement, et y reste plongé pendant toute la journée du vingt. — Une once d'huile de ricin qu'on lui fait avaler dans le moment de la rémission, ne produit aucune évacuation.

Le 21 novembre : la roideur commence par disparaître dans les bras qui tombent comme une masse lorsqu'on les abandonne ; peu à peu la connaissance revient, le malade se rappelle l'im-

pression extrêmement désagréable que lui a fait éprouver l'affusion de la veille ; les membres ne recouvrent que fort tard leur sensibilité ; cet état satisfaisant se prolonge jusqu'au lendemain matin,

22 novembre : pendant la visite du médecin qui le trouve bien en arrivant, nouvelle rechute; les accidens ne cessent que vers le soir ; on donne alors une demi-once de quinquina ; on avait fait deux affusions dans la journée.

23 novembre : le mieux qui avait paru la veille, se soutient jusqu'au matin. — On applique alors un vésicatoire à la nuque ; on fait prendre une forte dose de quinquina. — Dans le courant de la journée le malade parle à sa femme et à ses amis ; mais vers le soir, délire et agitation telle qu'il faut l'assujettir dans son lit ; ce délire cesse et fait place à la roideur et au coma habituel ; deux ou trois fois dans la nuit le malade sort de son assoupissement pour se plaindre d'une douleur très-vive du côté droit.

24 novembre : trouble dans la mémoire et augmentation de la douleur de côté.

25 novembre : cette douleur fixée au côté droit inférieur de la poitrine et supérieur du ventre, parvient en peu de tems à un degré extrême d'intensité ; elle rend insupportable la moindre pression ; la respiration s'accélère ; le

malade pousse les hauts cris et s'agite en tout sens ; les traits de la face expriment l'angoisse et la souffrance. — On applique inutilement sur le côté douloureux des ventouses et des cataplasmes irritans ; cet état se prolonge jusqu'au 26, et le malade meurt épuisé à ce qu'il paraît, par la violence de la douleur.

Ouverture du cadavre.—Injection de la dure-mère. Arachnoïde cérébrale d'un rouge intense et uniforme dans tous les points de son étendue. Léger épanchement sanguin dans les ventricules latéraux. La substance cérébrale est très-ferme à son intérieur, on y remarque des vaisseaux gorgés de sang. Rougeur très-vivre de la plèvre du côté droit ; elle est recouverte soit sur sa portion costale, soit sur la pulmonaire d'une fausse membrane mince et tenue ; elle avait exhalé une quantité considérable de sérosité sanguinolente, évaluée à près d'une pinte. L'un et l'autre poumons, rouges, gorgés de sang, se déchiraient facilement. Phlogose légère de tout le péritoine et de la muqueuse de tous les intestins. Le foie d'une pesanteur spécifique très-considérable, laisse couler, lorsqu'on l'incise, une grande quantité de sang noir et épais ; vésicule gorgée de bile noire ; rate couverte de tubercules.

261. Ce fait suffirait à lui seul pour prouver la marche intermittente que peut prendre l'a-

rachnitis, si ce caractère n'était pas démontré par les observations précédentes: nous avons observé nous-mêmes cinq accès des mieux caractérisés, et si nous en croyons le récit de ceux qui l'apportèrent à l'hôpital, il paraît qu'il y en eut plusieurs autres lorsqu'il était encore chez lui. Ici le caractère intermittent paraît si tranché et tellement inhérent à la marche des accidens, que rien ne peut les faire cesser avant le tems où ils doivent finir d'eux-mêmes; car les affusions froides, données dans le milieu de l'accès, ne font qu'aggraver les symptômes, et ne sont utiles qu'au déclin des accès, en hâtant leur terminaison. Si la suppuration ne s'est pas établie malgré la durée de la maladie, nous n'en devons pas être étonnés, ceci tient évidemment à la longueur et à la multiplicité des intermittences, pendant lesquelles une partie du désordre occasionné par l'accès, avait le tems de se dissiper. Nous savons d'ailleurs qu'une irritation peut quelquefois exister dans un organe pendant un tems assez considérable sans y amener la suppuration; ce sujet n'est pas celui qui nous en fournit le premier exemple. Nous voyons encore ici une preuve des plus évidentes, de la manière dont agissent les dirivatifs dans l'arachnitis; tous les symptômes cérébraux disparaissent lors qu'une violente pleurésie se manifeste; nous ne répé-

terons pas ce que nous avons déjà dit sur ce sujet dans plusieurs endroits de ce travail, notamment à l'article du traitement et des complications.

Une de nos observations d'arachnitis cérébro-spinale, nous fournit un nouvel exemple de cette maladie à caractère intermittent et à type tierce, nous y renvoyons nos lecteurs; cette observation est belle et mérite d'être consultée. (*Voy.* Observ. 134e.)

CENT-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base du cerveau, à type quarte.

Chateau, âgé de dix ans, est pris d'une violente douleur au côté gauche, qui est traitée par un émétique, l'application d'un vésicatoire et d'un emplâtre de poix de Bourgogne sur le côté. Il avait été vacciné une année auparavant, et avait depuis éprouvé une maladie très-grave dont on ignore la nature. Le 17 janvier 1816, jour de son entrée à l'hôpital, quinzième jour depuis l'invasion de la maladie, il était, lorsqu'on l'observa, dans l'état suivant:

Faiblesse très-grande; pâleur de la face; dilatation des pupilles; bouche pâteuse; inappétance; soif vive; lèvres sèches ainsi que la langue; pouls lent et faible, relativement aux mouvemens du cœur qui sont forts et fréquens; respiration

libre ; toux forte et fréquente, surtout la nuit; haleine fétide ; son de la poitrine plus obscur à gauche qu'à droite ; intégrité des facultés intellectuelles le matin, mais délire le soir, qui prend peu à peu beaucoup d'intensité et persiste toute la nuit, en s'accompagnant d'une agitation extrême.

18 janvier : renversement de la tête en arrière; elle est continuellement agitée de mouvemens de rotation à droite et à gauche ; roideur des membres; continuation de tous les autres symptômes. — Arnica avec esprit de mindérérus ; potion camphrée ; séton à la nuque. — Les mêmes symptômes persistent toute la journée.

19 janvier : amélioration générale de tous les symptômes ; pupilles moins dilatées ; sensations moins obtuses ; il entend et répond quoiqu'avec lenteur. — Glace sur la tête ; sinapismes aux pieds. — Ces moyens opèrent un effet heureux ; la connoissance revient complétement ; le malade dort d'un sommeil calme, pendant plusieurs heures.

20 : Le mieux se soutient pendant toute la journée ; on serait tenté de regarder le malade comme convalescent ; cependant le pouls reste fréquent et intermittent.

21 : Etat satisfaisant pendant toute la journée ; le soir stupeur plus grande ; dans la nuit, délire

violent pendant deux heures, auquel succède un assoupissement profond.

22 : Stupeur extrême ; trismus ; convulsions des membres supérieurs et inférieurs surtout à droite ; strabisme ; agitation des yeux ; contraction des pupilles ; le soir, augmentation de tous ces symptômes. — Un vésicatoire et des sinapismes.

23 : tous les symptômes de la veille sont portés au plus haut degré d'intensité ; dilatation extrême de la pupille droite, contraction très-grande de la gauche ; mort à sept heures du soir.

Ouverture du cadavre. — Roideur générale ; dure-mère légèrement rosée. Infiltration albumineuse dans l'étendue d'un pouce, au bord supérieur, interne et moyen du lobe droit ; épaississement et opacité de l'arachnoïde vers le carré des nerfs optiques où il se trouve un peu de pus couenneux ; cinq onces de sérosité dans les ventricules latéraux ; une petite quantité se trouve infiltrée entre l'arachnoïde et la pie-mère. Injection de la substance cérébrale. Adhérences du poumon gauche à la plèvre costale, au moyen de brides très-fortes ; parenchyme du poumon gorgé de sang, hépatisé postérieurement.

262 Quoique nous mettions cette observation parmi les arachnitis intermittentes, elle n'en est pas cependant le plus bel exemple ; il aurait fallu

pour la bien caractériser, plus d'un accès, et alors on aurait pu la considérer comme un beau modèle d'arachnitis intermittente à type quarte, puisque tous les accidens ont disparu complétement pendant deux jours pleins ; cependant le calme dont a joui le malade, a été trop complet et trop long, pour que nous puissions n'y voir qu'une simple rémission. Rien en effet ne paraît devoir s'opposer à ce que nous admettons, car, puisque nous avons vu plusieurs fois l'arachnitis avec le type quotidien, offrir à chaque fois une série plus ou moins nombreuse d'accès bien caractérisés, pourquoi ne supposerait-on pas qu'elle a été ici assez intense, pour enlever le malade avant qu'une seconde rémission ou, pour mieux dire, un second accès ait pu s'effectuer.

Nous donnons ces réflexions pour ce qu'elles valent, sans y attacher beaucoup d'importance ; toutefois cette observation servira à prouver qu'un désordre assez grand peut exister dans l'arachnoïde sans troubler d'une manière notable, pendant quelque tems, les fonctions du cerveau ; car les accidens qui ont précédé la rémission sont trop nombreux et trop bien caractérisés, ils appartiennent trop à l'arachnitis, pour que nous puissions les attribuer à tout autre cause qu'à cette phlegmasie.

Nous aurions pu rapporter un plus grand

nombre de faits d'arachnitis intermittentes, mais nous pensons que ceux que nous avons cités sont plus que suffisans pour prouver leur existence, n'ayant donné que les histoires les plus belles et les plus complètes.

§ II. *Forme latente.*

263. Nous avons déjà fait sentir en traitant des complications non cérébrales, qu'il pouvait arriver que l'inflammation de l'arachnoïde ne manifestât son existence par aucun ou par presqu'aucun des signes qui ont coutume de la caractériser. C'est à cette manière d'être de la phlegmasie de la séreuse céphalique, que nous donnons le nom d'*arachnitis latente* : chacun sait que diverses inflammations revêtent souvent cette forme qui surtout est remarquable pour la péricardite, la pleurésie, etc. ; et comme les séreuses paraissent jouir plus particulièrement de cette fâcheuse prérogative, l'arachnoïde s'y trouve également exposée, mais bien moins fréquemment que les autres membranes du même ordre.

Si d'une part l'analogie de structure et de composition organique entraîne presque toujours des rapports, des similitudes, entre les maladies des mêmes tissus ; d'une autre, l'importance des fonctions de l'organe affecté ap-

porte aussi des modifications dans la manière d'être de ces mêmes maladies. Nul doute que l'inflammation de l'arachnoïde se montrerait moins rarement à l'état latent, si cette membrane enveloppait un organe moins intéressant que celui qu'elle est chargée de protéger, de même que cela s'observe pour le péritoine et la plèvre; et pour la péricardite, c'est plutôt à l'ignorance où nous sommes des vrais caractères de cette phlegmasie qu'à leur état réellement latent, qu'il faut attribuer les méprises qui ont lieu à son égard; mais il est facile de voir, pour les deux premières membranes que nous venons de citer, que si elles subissent dans certains cas des phlegmasies longues et intenses, sans en avoir donné de signes du vivant du malade, cela tient évidemment à l'importance secondaire des viscères qu'elles tapissent, la position de ces organes et la nature de leurs fonctions permettant encore l'exercice de la vie, malgré le désordre notable des parties environnantes. Il n'en est pas de même du cerveau dont le jeu ne peut être troublé d'une manière brusque, et chez lequel une maladie aiguë ne peut se développer sans que toute l'économie ne soit à l'instant compromise; aussi, regardons-nous l'arachnitis latente comme très-rare. L'expérience vient en effet appuyer cette opinion; car

à peine avons-nous rencontré quelques faits où elle fût bien évidente. C'est particulièrement dans les complications de pleurésie, de péripneumonie, qu'elle s'est offerte à nos recherches.

264. Ce que nous disons de l'arachnitis latente s'applique entièrement à l'arachnitis chronique que nous avons hésité quelque tems à reconnaître, n'en ayant point vu deux exemples sur la quantité assez considérable d'observations que nous possédons. Nous rappelerons à ce sujet, qu'il ne faut pas confondre avec l'inflammation chronique comme avec la latente, les traces d'anciennes arachnitis guéries, dont nous avons déjà parlé en traitant de la complication de cette phlegmasie avec l'apoplexie sanguine. Nous nous garderons bien cependant d'avancer la non-existence de l'arachnitis chronique ; nous savons le peu de cas que l'on doit faire d'une théorie quelque spécieuse qu'elle paraisse ; nous n'avons pas la prétention d'avoir tout vu ; d'autres, sans doute plus favorisés que nous, pourront un jour compléter cette partie de l'histoire de l'inflammation qui nous occupe. Nous croyons cependant pouvoir affirmer que dans les circonstances ordinaires, ce mode de terminaison est excessivement rare. L'arachnitis passée à l'état chronique devient la cause de

diverses aliénations mentales, qu'il n'est pas de notre sujet d'examiner ; nous dirons seulemen que les faits capables d'éclaircir cette question ont été recueillis avec soin, et qu'on se propose de les publier un jour : ils rempliront la lacune qui existe dans notre travail, laquelle dépend entièrement de la nature des établissemens où nous avons observé ; en effet, nous tenons de plusieurs de nos confrères qui se sont livrés à l'étude de l'anatomie pathologique dans les hôpitaux d'aliénés, qu'on rencontre souvent chez ces malheureux, un épaississement considérable de l'arachnoïde, des fausses membranes et des altérations diverses qui paraissent selon toutes les apparences, se lier avec la maladie de ces sujets. Il serait curieux de savoir jusqu'à quel point ces désordres peuvent influer sur la forme des accidens et sur celle de l'aliénation mentale.

265. Quoique nous n'ayons observé que très-peu de faits d'arachnitis latente, nous sommes persuadés qu'ils deviendront de plus en plus rares, à mesure que l'on apportera plus de soin dans l'examen de cette maladie ; en effet, le petit nombre d'histoires que nous allons citer a été recueilli il y a plusieurs années, et peut-être en est-il même auxquelles on refusera ce nom ; mais à ce sujet nous ferons remarquer, que ce

n'est quelquefois que la première période qui est latente, tandis que dans d'autres circonstances c'est la seconde, ainsi que cela a lieu assez souvent chez les enfans. Nous terminerons, en rappelant qu'il ne faut point considérer comme latente l'arachnitis de la base chez les adultes, la forme passive étant la manière d'être, l'expression sensible de l'inflammation de cette région, à cette période de la vie.

CENT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis latente (1) *de la convexité.*

Une femme, âgée de soixante-dix ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière depuis quinze jours, ne se plaignait que de la faiblesse de son âge, dormait et mangeait encore assez bien. Une perte d'appétit et un état d'indolence très-marqué, étant cependant survenus depuis quelques jours, on prescrivit les toniques ; mais tout-à-coup, pendant la nuit, après quelques mouvemens irréguliers, elle tomba dans un état comateux qui s'offrit le lendemain matin, avec les caractères suivans : immobilité ; insensibilité et perte de connaissance complète ; respiration stertoreuse ; langue brune et sèche ; contraction

(1) Consultez également les observations 19e., 22e., 29e. 49e. et 68e.

des pupilles, surtout à gauche; le bras droit était difficile à étendre; le pouls n'offrait qu'un peu de fréquence et de faiblesse. Ces symptômes persistèrent presqu'au même degré pendant tout le jour, et la mort n'arriva qu'au milieu de la nuit suivante.

Ouverture du cadavre. — Couenne inflammatoire recouvrant toute la partie supérieure de l'hémisphère gauche, grisâtre, ayant plus d'une ligne d'épaisseur vers son centre, d'un tissu serré, presqu'aussi dense que celui de la dure-mère, quoiqu'ayant moins de ténacité; on voyait des ramifications de vaisseaux développés dans son intérieur, et très-faciles à apercevoir à l'œil nu. Cette fausse membrane adhérait légèrement à l'arachnoïde crânienne, et point à l'hémisphère cérébral sur lequel elle était appliquée : cependant à l'endroit de l'adhérence, l'arachnoïde semblait être saine, et on ne trouvait point l'origine des vaisseaux de la concrétion; mais dans les fosses occipitales du côté droit, la séreuse était sensiblement enflammée et couverte par des pellicules moins épaisses, moins consistantes que la première, d'un rouge foncé, lisses à leur surface libre, et un peu inégales à celle qui adhérait à l'arachnoïde; la portion de cette dernière membrane qui recouvre le cerveau était blanchâtre, opaque et épais-

sie en plusieurs points. La pie-mère était infiltrée. — Les ventricules contenaient deux onces d'un liquide incolore et limpide. — La membrane muqueuse pulmonaire était enflammée; le péricarde et la plèvre droite contenaient de la sérosité roussâtre, mais sans aucune trace d'inflammation. — Poumon droit hépatisé dans son lobe inférieur. — Inflammation de la muqueuse des voies aériennes. — Dans l'abdomen, le péritoine était sain. La vésicule biliaire renfermait plusieurs calculs flottans dans une bile épaisse.

(*Pinel, Nosographie philosophique, tom.* II, *pag.* 405.)

CENT-DIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis latente de la convexité et de la base.

Un enfant de huit ans était malade depuis six semaines, lorsqu'il fut amené à l'hôpital des enfans, dans l'état suivant :

Face pâle, terreuse; joues cavées; cercle des yeux bleuâtre; pupilles un peu dilatées; langue couverte d'un léger enduit muqueux; soif intense; nulle envie de vomir; ventre plat, paraissant un peu dur et sensible à la pression; anxiété extrême, exprimée par un air de tristesse profonde et par des plaintes continuelles; som-

meil calme et paisible ; intégrité parfaite des facultés intellectuelles ; toux rare, sans expectoration ; poitrine sonore dans tous les points ; mouvement fébrile vers le soir. On le considéra comme phthisique et on prescrivit un traitement adoucissant.

Le deuxième jour : pupilles un peu plus dilatées ; abdomen un peu plus douloureux à la pression ; même état de la face, du moral et des facultés intellectuelles.

Le troisième jour : les pupilles cessent d'être dilatées ; toux sèche et fréquente ; intégrité parfaite de tous les appareils et de l'intelligence ; mouvement fébrile vers le soir.

Le quatrième jour : diminution rapide des forces ; du reste même état.

Le cinquième jour : plaintes vagues, exprimant un malaise extrême, mais sans douleur fixe ; pouls à peine sensible, filiforme ; face presque cadavéreuse.

Le sixième jour : mort à cinq heures du matin, précédée de quelques mouvemens convulsifs dans les muscles de la face et dans les yeux.

Ouverture du cadavre. — Le crâne étant ouvert, on sentit une fluctuation manifeste sous la dure-mère qui recouvre la moitié gauche du cerveau ; cette membrane était pâle et un peu épaissie ; une incision ayant été faite à l'endroit

de la fluctuation, il s'échappa environ deux onces d'un liquide assez semblable à du petit-lait non clarifié; ce liquide était répandu en nappe sur toute la moitié gauche du cerveau, et contenu dans la cavité de l'arachnoïde; la séreuse était couverte, tant sur le feuillet encéphalique que sur le feuillet méningien, d'une exsudation albumineuse jaune et molle qui s'enlevait en ratissant légèrement la membrane qui offrait alors son aspect naturel; mais au-dessous d'elle et entre les anfractuosités cérébrales, on apercevait çà et là des traces de cette exsudation jaunâtre qui seulement était alors un peu plus consistante; cette matière était plus abondante auprès et le long du sinus longitudinal supérieur; elle devenait de plus en plus rare en avançant sur les côtés du cerveau, et disparaissait vers sa base.

L'hémisphère droit ayant été mis à découvert, et la dure-mère qui le recouvre incisée, il ne s'en écoula que très-peu de sérosité blanchâtre et transparente; ce n'était que le long du sinus longitudinal entre les anfractuosités, qu'on apercevait quelques portions de matière albumineuse jaunâtre; le reste ne présentait d'autre altération qu'une infiltration considérable de la pie-mère ou du tissu cellulaire sous-séreux.

A la base du crâne, on rencontra encore une

once de sérosité purulente semblable à celle qu'on avait trouvée sur l'hémisphère droit, elle était surtout amassée en grande quantité entre l'origine de la moëlle épinière et la gouttière basilaire, de sorte que l'origine des septième, huitième, neuvième et dixième paires baignait dans ce liquide ; ces nerfs ne présentaient pas d'altération notable. — La substance cérébrale était saine. — Les ventricules ne contenaient pas de sérosité. — Le cervelet était sain. Intégrité de tous les organes de l'abdomen et de la poitrine.

CENT-ONZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis latente de la convexité du cerveau.

Un jeune homme de vingt ans fait une chute de cheval, et perd connaissance ; il s'écoula beaucoup de sang par le nez et par la bouche. Depuis l'accident, des maux de tête revinrent habituellement avec des exacerbations irrégulières, mais sans fièvre et sans symptômes gastriques. Obligé trois mois après la chute, de faire cinquante lieues dans une voiture non suspendue, il en fut tellement fatigué qu'on fut obligé de le transporter à l'Hôtel-Dieu ; il était dans l'état suivant :

Inquiétude vague ; affaissement général ; amai-

grissement très-sensible; dépression très-marquée du crâne au haut de la région temporale gauche, dans une étendue de deux pouces de diamètre, sans rougeur ni gonflement à la peau, mais avec une sensibilité très-vive lorsqu'on y exerçait une pression; céphalalgie intense dans la région frontale. Même état les trois jours suivans.

Le quatrième, on applique deux traînées de potasse caustique, qui se croisent au centre de la partie déprimée; cette application soulage un peu le malade et lui permet de dormir.

Jusqu'au neuvième jour, état assez satisfaisant.

Le dixième jour : mouvement fébrile.

Le onzième jour : pouls très-fréquent; apparition d'un point noirâtre de la largeur d'un centime au centre de l'os dénudé. Continuation de cet état jusqu'au quinzième jour.

Le seizième et le dix-septième jour : plusieurs abcès se forment dans le cuir chevelu.

Le dix-huitième jour : ouverture des abcès; sécheresse de la langue; embarras dans la prononciation; mouvemens de la jambe droite difficiles. Le soir, perte complète de la parole.

Le dix-neuvième jour : retour de la parole et des sens qui se perdent de nouveau le soir :

léger délire ; liberté des mouvemens de la jambe droite.

Le vingtième jour : on se décide à appliquer une couronne de trépan au centre de la dépression ; pas une goutte de pus ne sort par la plaie ; aussitôt après l'opération, perte complète de tous les sens : mort le lendemain.

Ouverture du cadavre. — Des abcès existaient entre la peau et l'aponévrose occipito-frontale ; le péricrâne était sain. La boîte osseuse qui n'avait pas plus d'épaisseur que chez un enfant de douze ans, présentait, vers l'angle inférieur du pariétal gauche, une dépression de deux pouces de diamètre et de trois lignes de profondeur, sans qu'il y eût la moindre fracture. La dure-mère était saine à la face externe, seulement elle avait une couleur lie de vin dans la portion qui correspondait à l'os enfoncé, et elle laissait échapper du pus par quelques points isolés. L'arachnoïde qui avait acquis sur presque toute l'étendue de l'hémisphère droit l'épaisseur d'une demi ligne, était couverte de ce côté seulement d'un pus épais consistant, d'une couleur verdâtre qui lui adhérait d'une manière intime. — Le cerveau était sain. — Les ventricules ne contenaient point de sérosité.

CENT-DOUZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis latente de la convexité.—Pleuro-pneumonie.

Un garçon serrurier, âgé de trente-huit ans, fut pris d'un point de côté, d'une gêne assez grande dans la respiration, d'un crachement de sang peu abondant, et de tous les symptômes d'une péripneumonie; cet état dura jusqu'au septième jour, en s'accompagnant de symptômes gastriques des plus prononcés qui furent combattus, ainsi que la péripneumonie, par les vomitifs, les saignées locales et générales, les purgatifs et les boissons adoucissantes. Du septième jour au douzième, les accidens bilieux et ceux de la poitrine diminuèrent un peu d'intensité, sans disparaître entièrement; le pouls fut toujours fréquent, et l'intelligence parfaitement saine. Dans la nuit du douzième jour, un délire furieux survint inopinément; il continua dans la journée, en s'accompagnant d'agitation des membres thoraciques; peu à peu, les sens externes s'éteignirent, et la mort survint vers le soir.

Ouverture du cadavre. — Opacité de toute l'arachnoïde de la convexité du cerveau, qui offre de plus des stries d'un blanc mat. Celle

de la base du cervelet est également opaque dans une étendue assez considérable, et de plus très-épaissie. — Trois onces de sérosité infiltrée entre l'arachnoïde et la pie-mère. — Les ventricules latéraux en contiennent égalementune notable quantité ; les plexus choroïdes renferment plusieurs kistes pleins d'albumine concrete. — Le poumon droit est enflammé et hépatisé. — Pleurésie du même côté.

L'observation suivante, à laquelle nous donnons le titre d'arachnitis chronique, nous a paru assez intéressante pour trouver place ici, vu la manière brusque avec laquelle elle se développa, et vu la forme d'accès que prirent les accidens.

CENT-TREIZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis chronique de la convexité du cerveau.

Un forgeron, d'une constitution robuste, avait éprouvé tous les symptômes d'une inflammation des méninges. Au bout d'un tems assez long il n'était pas encore rétabli parfaitement. Les facultés intellectuelles, sans être régulières, étaient un peu affaiblies ; cependant il retourne à ses occupations antérieures. Un jour après avoir déchargé de toutes ses forces un coup d'un lourd marteau sur l'enclume, comme il se disposait à réitérer, sa vue s'obscurcit, la voix lui manque,

le marteau échappe de ses mains, les jambes ploient sous lui et il tombe sans connaissance. Il ne tarde pas à recouvrer l'usage de ses sens, mais depuis cette époque, le même accident se renouvelle au moindre mouvement un peu fort, et se communique à la tête. Enfin, ce forgeron finit par succomber dans un de ces accès, six mois environ après les symptômes de la phrénésie.

Ouverture du cadavre. — Une large concrétion membraniforme recouvrait et comprimait toute la partie supérieure et même latérale des deux hémisphères du cerveau. Cette fausse membrane, épaissie de deux à trois lignes, n'était adhérente qu'à un point très-borné de la dure-mère. — La dure-mère était épaissie, et l'on y voyait des traces manifestes de l'ancienne adhérence qui s'était rompue dans la première commotion causée par le coup de marteau, et qui avait permis à la concrétion de comprimer le cerveau, et d'amener la mort de cette manière.

(*Docteur Neppe, dissertation sur les fausses membranes.*)

ARTICLE V.

Arachnitis cérébrale, guérison.

266. Les nombreuses histoires d'arachnitis que nous avons rapportées, et qui toutes se sont terminées d'une manière funeste, pourraient jeter dans le découragement et faire penser que cette maladie est constamment mortelle, ou au-dessus des ressources de l'art ; mais nous nous estimons heureux de prouver le contraire, en citant quelques faits, assez nombreux cependant pour démontrer jusqu'à l'évidence, la possibilité de cette guérison ; nous nous bornerons à un simple exposé, sans joindre de réflexions qui deviendraient ici superflues.

CENT-QUATORZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Succès des saignées.

Un homme âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une excellente constitution, ayant servi dix-huit ans dans la cavalerie, est pris de froid après un travail forcé qui l'avait mis tout en sueur : dès-lors frissons ; céphalalgie ; fièvre ; malaise général ; gêne dans la respiration ; on ne fait aucun traitement. Les accidens loin de diminuer etne faisant qu'augmenter, le malade entre à

l'Hôtel-Dieu, dix jours après l'invasion, étant dans l'état suivant :

Face colorée ; conjonctives injectées; pupilles mobiles ; céphalalgie ; délire depuis quelques heures seulement; cependant lorsqu'on l'interroge il répond juste aux questions qu'on lui fait ; pouls fréquent et large ; peau chaude et sèche ; abdomen douloureux ; gêne dans la respiration ; crachats rouillés. — Saignée de quatre palettes ; sangsues à la base du crâne, sur le ventre et à l'anus. — Les symptômes de pneumonie et d'entérite disparaissent, mais le délire et la turgescence de la face prennent plus d'intensité. — On réitère la saignée et l'application des sangsues. — Quelques jours se passent à peu près dans le même état ; on applique des vésicatoires aux cuisses; ils font cesser complétement les accidens pendant quatre à cinq jours, au bout desquels la fièvre et le délire reviennent, sans s'accompagner d'aucun autre symptôme fâcheux; on a encore recours aux sangsues appliquées au col et aux vésicatoires aux jambes, qui font disparaître de nouveau et la fièvre et les symptômes cérébraux.

Quinze jours se passent dans un état assez satisfaisant ; mais ni les forces ni l'appétit ne reviennent à leur état primitif; le malade est encore pris de dévoiement, de toux et de fièvre,

contre lesquels on met vainement en usage la décoction blanche, la thériaque, les sangsues à l'anus et les béchiques. De jour en jour, les forces diminuèrent; on n'oserve ni céphalalgie, ni altération des facultés intellectuelles, ni trouble des systèmes digestif et locomoteur. Enfin la poitrine paraît se compromettre, ce qu'on reconnaît, non à la lésion de la respiration qui n'est point altérée, mais à un son mat que présente le thorax à gauche, et à l'imperméabilité de cette partie du poumon, ce qu'on peut reconnaître facilement à l'aide du sthétoscope. On met inutilement en usage les vésicatoires ; le dévoiement continue, et la mort arrive, six semaines environ après l'invasion des premiers accidens.

Ouverture du cadavre. — L'arachnoïde qui recouvre la convexité des deux hémisphères du cerveau, était épaissie et opaque ; cet épaississement s'étendait à droite et à gauche, de manière à former sur le cerveau une espèce de calotte. — L'arachnoïde de la base était libre. — Très-peu de sérosité se trouvait dans les fosses occipitales et dans les ventricules latéraux ; le tissu cellulaire qui réunit la pie-mère à l'arachnoïde en contenait également un peu dans les lames de son tissu. — Le poumon droit était sain, ainsi que les bronches. — Le gauche était farci de tuber-

cules qui dans la partie postérieure du lobe supérieur se trouvaient tellement rapprochés, qu'on ne pouvait qu'avec peine distinguer le tissu du poumon lequel paraissait une véritable masse homogène, d'un blanc jaunâtre, ayant la consistance et l'aspect de marrons bouillis. — L'estomac était légèrement injecté. — Les intestins grêles étaient dans l'état naturel. — La muqueuse des gros intestins présentaient dans plusieurs points de la rougeur, du boursoufflement et même des ulcérations.

267. Nous croyons pouvoir donner ce fait, comme un exemple frappant de guérison d'arachnitis vérifiée par l'autopsie. La céphalalgie, le délire, l'altération des pupilles, la congestion cérébrale et les autres symptômes concomittans sont plus que suffisans pour la faire reconnaître; un traitement actif et parfaitement approprié les dissipe avec facilité; quinze jours se passent dans un état assez satisfaisant; mais la santé s'altère et la mort est la suite d'une affection chronique des poumons. A l'ouverture du cadavre, outre les altérations organiques, cause de la mort, on trouve une lésion assez considérable de l'arachnoïde, résultat certain de l'inflammation dont cette membrane avait été primitivement le siége.

CENT-QUINZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Succès des saignées.

Pierre Laroche, portefaix, âgé de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, fit, étant ivre, une chute sur la tête, le 12 octobre 1816. Sa santé ne parut point altérée les jours suivans.

Le 20 du même mois, il fut pris d'un étourdissement qui le fit tomber; conduit aussitôt à l'Hôtel-Dieu, il ne se plaignait que d'une pesanteur de tête; sa face était rouge.

Le 21, deuxième jour : face rouge ; tégumens du crâne douloureux au toucher; exaltation de la sensibilité de l'œil ; céphalalgie générale très-forte surtout au front et à l'occiput; agitation considérable; anxiétés continuelles ; pouls dur, serré, peu fréquent. — Deux larges saignées du bras ; eau d'orge. — Augmentation de la douleur de tête ; vertiges ; mémoire vacillante ; délire d'abord tranquille, ensuite très-fort. — Alors agitation violente ; face rouge ; yeux étincelans. — Vingt sangsues aux tempes ; saphène. — Nuit très-agitée.

Troisième jour : face couverte de sueur ; délire violent; vociférations; agitation continuelle ; pouls petit, fréquent, moins dur. — Vingt sang-

sues aux tempes ; bain à vingt-cinq degrés, avec affusion à quinze ; glace sur la tête ; sinapismes aux pieds. — Ces moyens diminuent l'agitation ; une loquacité incohérente mais paisible remplace le délire ; face moins rouge.

Quatrième jour : délire très-modéré ; constipation opiniâtre ; pouls fréquent et plus développé. — Bain et affusion ; mêmes boissons. — Le soir, fréquence du pouls moindre ; nuit calme.

Cinquième jour : sommeil paisible ; face tranquille ; pouls souple et sans fréquence. — Traitement *id.* — Après le premier bain, céphalalgie forte ; rougeur de la face. — Saignée du pied. — Soulagement ; retour de la raison ; nuit tranquille.

Sixième jour : après le bain du soir, survient une céphalalgie frontale, lancinante, avec affaissement général, laquelle se dissipe d'elle-même. Nuit tranquille.

Le Septième jour : tout va très-bien.

Le huitième jour : un peu de délire qui cède dans la journée, pour reparaître la nuit.

Le neuvième jour : délire tranquille ; élancement à l'occiput ; pouls un peu fréquent.

Le dixième jour : très-bien, convalescence.

(*D*r. *Deslandes, dissertation.*)

CENT-SEIZIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Succès des saignées.

Un jeune littérateur, âgé de 26 ans, tempérament bilieux, cheveux noirs, constitution sèche, passait une partie des nuits pour terminer un travail et se plongeait la tête dans l'eau froide lorsque le sommeil devenait irrésistible. Il usa à plusieurs reprises de ce moyen, sans en être incommodé ; mais après plusieurs jours, ayant éprouvé une vive contrariété, il est pris aussitôt d'une céphalalgie qui, en très-peu de tems, devint déchirante et s'accompagna le soir de frissons fugaces.

Deuxième jour : augmentation de la céphalalgie. — Deux grains d'émétique ; huit sangsues aux tempes ; saphène abondante.

Troisième jour : augmentation de la céphalalgie ; injection des conjonctives. — Nouvelle saphène avec soulagement ; sinapismes aux extrémités ; eau de veau émétisée.

Quatrième jour : même état. — Sangsues derrière les oreilles ; glace sur la tête.

Cinquième jour : céphalalgie toujours déchirante ; pouls dur, vibrant, très-fréquent. — Traitement *id.* — Le soir comme tous les jours précédens, exacerbation.

Sixième jour : même état. — Quatre sangsues à chaque tempe.

Septième jour : point de changement. — Un vésicatoire dans le dos.

Huitième jour : léger délire ; lésions acoustiques. — Douze sangsues à chaque pied ; quatre derrière chaque oreille ; affusions froides sur la tête.

Neuvième jour : Traitement *id.*

Dixième jour : On pratique une petite saignée qui fournit un sang couenneux, diminue la céphalalgie, et fait perdre au pouls de la force et de la fréquence.

Onzième jour : quatre sangsues derrière chaque oreille diminuent encore les accidens.

Quatorzième jour : deux larges vésicatoires aux cuisses confirment la convalescence. Pendant un mois il reste un point douloureux sur un côté de la tête ; ce point résiste aux vésicatoires appliqués à la nuque et à d'autres moyens ; il est emporté par une fluxion occasionnée par une dent cariée. Depuis ce tems la personne qui fait le sujet de cette observation, jouit de toutes ses facultés, mais elle éprouve souvent des maux de tête, surtout lorsqu'elle travaille à la lumière.

(*Recueillie par le Dr. Moulin.*)

CENT-DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Traitement stimulant. — Épistaxis critique.

Un jeune homme de seize ans, était depuis un mois triste, rêveur; il avait perdu l'appétit, éprouvait du malaise et d'autres indispositions, lorsqu'il fut pris, tout-à-coup, de céphalalgie accompagnée de frissons, puis de chaleur, avec soif intense, nausées et amertume de la bouche. Pendant huit jours, ces symptômes allèrent en augmentant graduellement; il survint des soubresauts dans les tendons. — Vomitif.

Neuvième jour : céphalalgie très-vive; face rouge et animée; yeux brillans; conjonctives injectées; pupilles dilatées; chaleur du front plus considérable que celle du reste du corps; balancement de la tête de droite à gauche; agitation très-vive; point de délire, mais très-grande irascibilité lorsqu'on lui parle ou lorsqu'on le touche; il n'est calme que dans le repos et l'obscurité.

Dixième jour : même état. — Traitement tonique des plus actifs, sous l'influence duquel la langue se sèche, devient rouge et fuligineuse.

Onzième jour ; aux symptômes précédens qui sont plus intenses, se joint une sensibilité exces-

sive de la vue, qui force le malade de fermer continuellement les paupières, un délire tranquille, des propos vagues et incohérens, une agitation extrême avec un accroissement singulier de la force musculaire, une tension considérable du ventre qui devient douloureux, et un grand dévoiement. — Vésicatoires aux jambes.

Douzième et treizième jour : continuation des mêmes symptômes.

Quatorzième jour : cessation du délire ; dilatation moindre des pupilles ; la langue commence à s'humecter.

Quinzième et seizième jour : les idées s'éclaircissent, les sensations deviennent moins confuses; quoique le dévoiement continue, le ventre cesse d'être douloureux.

Dix-sept et dix-huitième jour : faiblesse très-grande ; regard stupide ; état d'hébétude très-prononcé.

Vingt-unième jour : épistaxis très-abondant, et depuis ce moment, retour de la connoissance et de l'intégrité des facultés intellectuelles ; le calme et le sommeil reviennent, et en peu de jours la convalescence se consolide. — Le traitement, pendant toute la maladie, consista en vésicatoires appliqués aux jambes, en lavemens faits avec la camomille et le camphre, en frictions sur le ventre avec l'alcool camphré ; intérieure-

ment on donna le vin rouge, l'infusion de camomille avec la liqueur d'Hoffman, et une potion avec l'extrait de quinquina.

268. Nous voyons ici un exemple frappant de ce que peuvent les efforts conservateurs de la nature qui est assez puissante, non-seulement pour guérir la maladie, mais encore pour surmonter l'influence fâcheuse d'un traitement entièrement contraire à celui que tout semblait indiquer; ces efforts conservateurs, si communs dans les phlegmasies des autres organes, paraissent être beaucoup plus rares dans l'arachnitis. L'épistaxis abondant qui confirme en un instant la convalescence, indique ici ce qu'aurait dû être le traitement, s'il eût été dirigé d'une manière rationnelle.

CENT-DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Arachnitis spinale. — — Affection de la pulpe? — Succès des saignées locales et des dérivatifs.

Ruilot, âgé de trente-six ans, d'un caractère vif, menant une conduite réglée, se couche bien portant, mais le lendemain matin on le trouve dans l'état suivant : idiotisme complet; délire; efforts pour déchirer ses vêtemens; tendance à l'assoupissement; difficulté de se tenir sur les

jambes ; bâillemens fréquens ; pupilles très-dilatées ; pouls serré, il veut quelquefois parler mais il ne peut prononcer que le mot *mus*. — On lui fait une affusion d'eau à quinze degrés pendant sept à huit minutes. — Elle ne change pas son état. — On applique le soir des sinapismes aux pieds qui restent sans effet. — Il survient des vomissemens.

Deuxième jour : même état ; il paraît néanmoins entendre ce qu'on lui dit ; impossibilité de prononcer le moindre mot. — On applique quatre sangsues derrière chaque oreille ; on prescrit des bains de pieds ; on continue les affusions. — Les sangsues apportent un peu de soulagement ; une syncope empêche de continuer les affusions.

Troisième jour : même état ; rigidité des membres des deux côtés. — Quatre sangsues derrière chaque oreille ; sinapismes aux pieds.

Quatrième jour : le malade paraît se mettre mieux en rapport avec les objets extérieurs, il répond quelquefois d'une manière assez juste. — Vésicatoire à la nuque ; pédiluves sinapisés.

Cinquième jour : cessation de la paralysie du côté droit ; retour complet de l'intelligence et de la parole qui s'exécute cependant encore avec beaucoup de peine ; le malade rend compte alors de la manière dont a débuté la maladie : il dit

que dans la nuit, il se réveilla avec une douleur excessivement vive, fixée au front, à l'occiput, au col, le long de la colonne vertébrale et à tout le côté droit du corps, accompagnée d'étourdissemens violens et d'un très-grand embarras dans la langue ; ce fut à ce qu'il paraît, peu de tems après l'invasion que le délire survint ; car suivant lui, les premières douleurs ne durèrent pas long-tems, et il ne se souvient pas de ce qu'on lui a fait le premier jour ; mais il se rappelle le plaisir qu'il éprouva le troisième jour, en sentant diminuer la douleur atroce de la tête et du col ; il se rappelle encore que les membres exécutaient des mouvemens tout à fait contraires à ceux que leur dictait la volonté. — Huit sangsues derrière les oreilles. — A dater de ce jour, les symptômes fâcheux disparaissent graduellement ; mais avec beaucoup de lenteur, car au quatorzième jour, la parole était encore embarrassée et les pupilles dilatées ; mais au dix-huitième la santé pouvait être regardée comme *parfaite*.

CENT-DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Succès des saignées et des affusions. — Arachnitis de la convexité et de la base.

Fichet, âgé de trentre-six ans, d'une constitution forte, d'un caractère sombre et mélancoli-

que, venait de faire supprimer des hémorroïdes en y appliquant quelques pommades, lorsqu'il se jeta volontairement dans la rivière ; en ayant été retiré, il fut immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu. A son arrivée, face rouge et animée ; délire continu ; visions fantastiques d'objets qui paraissent l'effrayer ; ouïe facile et exaltée. — Saignée générale, vingt sangsues à l'anus.

Deuxième jour : le délire devient furieux ; le malade fait des efforts pour sortir de son lit. — Saignée du pied ; douze sangsues derrière les oreilles ; sérum.

Troisième jour : délire moins violent ; assoupissement presque continuel ; on l'en retire cependant en le pinçant fortement ; il répond alors d'une manière assez juste ; sans cela il ne fait que marmotter ; la sensibilité paraît plus obtuse à gauche qu'à droite. — Sinapismes aux pieds ; une saignée du pied ; une affusion froide. — Cette affusion le réveille, il se plaint de ce que l'eau est trop froide, il accuse une céphalalgie légère.

Quatrième jour : amélioration sensible ; légère douleur de tête ; cessation de l'assoupissement ; il parle librement. — Une affusion.

Au douzième jour, il tombe dans un accès effroyable de mélancolie ; il cesse de parler ; le

pouls devient plein, fort et fréquent; tout fait craindre le renouvellement des anciens accidens. — Une saignée du pied est pratiquée, on revient aux affusions.

Treizième jour : même état de mélancolie. — Nouvelle saignée de pied ; affusions. — Cet état d'apathie cesse subitement ; les facultés morales et physiques reviennent avec lenteur, et au bout d'un mois, le malade guéri sort de l'hôpital.

CENT-VINGTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base et de la convexité.—Succès des évacuations sanguines.

Mortal, âgé de dix-huit ans, d'une forte constitution, ayant resté deux heures auprès d'un poêle très-chaud, en sort subitement et est pris aussitôt de céphalalgie, de frissons et de malaise. Ces symptômes continuant, il prend le troisième jour dix-huit grains d'ipécacuanha, qui ne le font évacuer, ni par haut ni par bas ; le huitième, il entre à l'Hôtel-Dieu.

Huitième jour : vive douleur de tête, fixée à l'occiput; face rouge et animée ; yeux injectés ; soubresauts des tendons ; roideur du col ; chaleur vive de la peau ; pouls fort et fréquent; soif intense ; langue sèche, fuligineuse ; constipation.

Neuvième jour : même état. — Douze sangsues à la nuque ; saignée du pied ; sinapismes

— La douleur de tête disparaît et est remplacée par une simple pesanteur et de la somnolence.

Dixième jour : point de céphalalgie ; diminution de la roideur du col ; face calme et naturelle.

Onzième jour : quelques symptômes d'embarras gastrique font prescrire trois grains d'émétique et deux gros de sulfate de soude. — Point d'évacuation ni par haut ni par bas ; toute la nuit, délire tranquille.

Douzième jour : somnolence continuelle dont on retire facilement le malade, mais où il retombe immédiatement après ; délire léger et passager ; face alternativement pâle et colorée ; lenteur extrême dans la prononciation ; quelques tressaillemens des tendons ; point de céphalalgie. — Vingt sangsues à la nuque ; sinapismes aux pieds ; glace sur la tête.

Treizième jour : les mêmes symptômes persistent, mais à un moindre degré. — Vingt sangsues derrière les oreilles ; sinapismes aux genoux ; glace pilée sur la tête ; bain à vingt-cinq degrés.

Quatorzième jour : même état que la veille ; continuation du même traitement.

Quinzième jour : disparition de tous les accidens fâcheux ; état général de bien-être, qui rend le malade extrêmement satisfait. Un peu de

jours la santé se consolide, et Mortal est en état de reprendre ses occupations.

(*Communiquée par le Dr. Deslandes.*)

CENT-VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Succès des saignées.

M. W..., âgé de soixante-trois ans, éprouve le matin, à six heures, une douleur à la partie inférieure gauche du thorax, avec gêne dans la respiration, ce qui ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations ; à midi, frissons légers, suivis de chaleur ; à dix heures, état suivant : fièvre assez forte ; pouls très-fréquent ; peau chaude, brûlante ; langue sèche ; vomissemens des alimens ; respiration gênée, douloureuse ; point douloureux fixé au côté gauche du thorax ; pas de toux ; face rouge et animée ; céphalalgie légère. — Dix-huit sangsues sur le côté. — A dix heures, trouble dans les idées ; yeux étonnés ; agitation extrême ; nausées continuelles et efforts de vomissemens ; il rend même quelques gorgées de bile.

Le deuxième jour : amélioration sensible dans l'état général ; le malade cause raisonnablement, mais ne rend compte de son état que d'une manière imparfaite ; à midi, la respiration redevient gênée, la face rouge, la langue se sèche, le malade

s'agite, s'inquiète. — On lui donne un vomitif; on applique seize sangsues, huit aux oreilles et huit aux pieds. — A neuf heures, l'agitation augmente ainsi que la fréquence du pouls. — Une saphène de deux palettes apporte du calme et de la netteté dans les idées ; bientôt après les accidens reparaissent ; ils sont diminués par un pédiluve chaud.

Le troisième jour : amélioration bien marquée de la respiration et de l'état général. — On pratique deux saignées dans la journée, qui offrent un sang riche et couenneux, et amènent chaque fois une amélioration sensible dans l'état des facultés intellectuelles ; cependant les vomissemens continuent.

Le quatrième jour : continuation de l'état satisfaisant ; cependant les vomissemens et les nausées persistent et nécessitent l'emploi d'une saignée qui fournit encore un sang très-couenneux ; faiblesse très-grande.

Cinquième jour : plus de nausées ni de vomissemens ; l'agitation cesse ; les nuits deviennent bonnes.

Sixième et septième jour : la convalescence se confirme, et les fonctions se rétablissent peu-à-peu. — Il faut remarquer que la mémoire ne revint qu'avec beaucoup de tems et de difficulté.

CENT-VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Succès des saignées.

Degourmay, imprimeur, âgé de quarante ans, d'une grande susceptibilité, ayant éprouvé des chagrins domestiques, chercha, par de fréquentes débauches, à les oublier ; les quinze jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, se passèrent dans une ivresse presque continuelle.

Le 12 novembre 1816, il entra à l'Hôtel-Dieu, ne présentant autre chose qu'un grand tremblement des membres, qui lui était naturel, sans la moindre douleur de tête.

Le 13 : face rouge ; yeux vifs, injectés, étincelans ; délire très-fort ; tremblement des membres plus marqué que de coutume ; langue nette et humide ; pouls développé, un peu fréquent ; nul indice de souffrances des organes thoraciques et abdominaux. — Douze sangsues à l'anus ; eau de veau.

Le 14 : délire moins bruyant. — Large saignée du pied ; douze sangsues au col.

Le 15 : face moins colorée ; délire moins intense ; pouls sans fréquence. — Large saignée ; glace sur la tête.

Le 16 : retour gradué de la raison ; nulle diminution du tremblement. — Eau de veau ; glace sur la tête ; sinapismes aux pieds.

Le 17 : il n'existait plus qu'un sentiment de vague et de pesanteur dans la tête ; les tremblemens étaient beaucoup moins forts ; le pouls rare.

Le 18 : convalescence confirmée.

(*Dr. Deslandes, Dissertation.*)

CENT-VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité et de la base. — Sangsues.

Une femme de 28 ans, couturière, fut prise, sans cause connue, d'une céphalalgie frontale extrêmement vive ; il s'y joignit bientôt un dévoiement considérable, accompagné de coliques, de ténesme, de douleurs dans les membres ; ces accidens abandonnés à eux-mêmes pendant douze jours, prirent successivement un nouveau degré d'intensité et se compliquèrent de délire.

Le treizième jour : réponses lentes, tardives et difficiles aux questions qu'on lui adresse ; céphalalgie fort intense ; pupilles dilatées ; mouvemens convulsifs des muscles des lèvres ; trismus ; renversement considérable de la tête en arrière ; soubresauts continuels du bras gauche ; on n'en sent pas au bras droit ; paralysie de la vessie ; langue sèche, aride, fuligineuse ; ventre tendu, douloureux à la pression, surtout dans les régions épigastrique et ombilicale ; pouls fréquent ; respiration naturelle. — Trois sangsues à chaque

tempe et à l'épigastre ; glace sur la tête ; vésicatoires aux cuisses.

Le quatorzième jour : la dilatation des pupilles, les mouvemens convulsifs des bras et des lèvres ont diminué, mais il est survenu un assoupissement profond ; du reste tout est dans le même état. — Traitement *id.* vésicatoire à la nuque.

Le quinzième jour : cessation de l'assoupissement ; plaintes et vociférations continuelles ; pupilles mobiles et non dilatées. — Même prescription ; huit sangsues à la région iliaque droite qui paraît très-douloureuse.

Seizième jour : cessation des soubresauts et du trismus ; retour des fonctions intellectuelles ; ventre souple, peu douloureux ; la contraction des muscles du col persiste ainsi que la paralysie de la vessie ; le soir il survient une grande propension au coma ; les yeux se dirigent en haut ; les extrémités deviennent froides, mais des sinapismes aux jambes, et de la glace sur la tête font disparaître en peu de tems tous ces accidens.

Le dix-septième jour : cessation de la paralysie de la vessie et de la contraction des muscles du col ; les autres accidens ne reviennent plus ; en peu de jours la convalescence se confirme et les forces se rétablissent rapidement ; une légère douleur de côté que la malade contracte en s'exposant à l'air, cède facilement à huit sangsues.

CENT-VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Succès des sangsues.

Thérèse Lepage, âgée de vingt-neuf ans, cuisinière, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, fut prise le 20 juin 1816, d'un violent frisson accompagné de douleurs contusives dans les membres, d'inappétance, d'épigastralgie, de soif et de dévoiement. Cet état continue pendant douze jours avec des exacerbations le soir. A cette époque, 2 juillet, après des contrariétés, les règles avancent de quinze jours; la fatigue générale augmente.

Le six juillet: elle est dans l'état suivant: figure assez animée; yeux brillans; céphalalgie légère; un peu de délire; engourdissement dans les membres, surtout dans les bras; léger tremblement des doigts; bouche pâteuse; langue jaune et visqueuse à son centre; anorexie; épigastre très-douloureux à la pression; constipation; pouls fébrile; mal-aise général. — Ipécacuanha; limonade gommée. — Vomissemens assez abondans de mucosités amères; le soir, cessation de la céphalalgie et du délire; nuit tranquille.

Le sept juillet: délire violent; chute sur la tête avec bosse et ecchymose au front; face pâle; bouche amère; langue très-sèche. — Quatre sangsues derrière chaque oreille; douze sangsues

sur la partie contuse ; huile de ricin ; julep avec acétate d'ammoniaque ; sinapismes aux pieds ; limonade gommée. — Le soir, rémission manifeste ; délire moindre ; nuit tranquille.

Le huit juillet : délire très-violent ; agitation considérable ; cris, plaintes continuelles ; pouls sans fréquence ; les règles continuent de couler. — Sangsues à la tête ; sinapismes ; huile de ricin ; dix-huit grains de musc en six pilules. — Le soir, nul changement. — Glace sur la tête. — Nuit tranquille.

Le 9 juillet : yeux ternes ; pupilles immobiles ; abattement considérable ; tendance à l'assoupissement ; pouls un peu fréquent et développé. — Dix sangsues au front ; huit derrière les oreilles ; glace sur la tête ; sinapismes aux pieds ; limonade gommée ; eau de veau. — Le soir, l'assoupissement avait cessé ; réponses assez justes ; délire gai toute la nuit.

Le 10 juillet : délire tranquille. — Huit sangsues au front ; huit derrière les oreilles ; glace sur la tête. — Le soir : même état ; nuit tranquille.

Le 11 juillet : face abattue ; très-léger délire. — Traitement *id.* hors les sangsues. — Le soir, légère céphalalgie ; intellect presque libre ; nuit tranquille.

Le 12 juillet : léger délire ; sécheresse de la langue ; sensibilité plus grande de l'épigastre ; coliques. — Limonade gommeuse ; affusions ;

glace sur la tête ; huile de ricin. — Nuit tranquille ; sommeil profond.

Le 13 juillet : encore un peu de délire ; petites coliques. — Traitement *idem*, hors l'huile de ricin. — Le soir, coliques violentes ; selles abondantes.

Le 14 juillet : cessation du délire, mais un peu d'inquiétude ; colique sans tension de l'abdomen, ni douleur à la pression. — Limonade gommeuse.

Le 15 juillet : de légères coliques qui subsistent encore, se dissipent dans la journée ; l'appétit revient, et une convalescence courte et franche termine la maladie.

CENT-VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la convexité. — Traitement antiphlogistique. — Affusions.

Un jeune homme de dix-huit à vingt ans, très-sanguin, éprouva le 20 janvier 1817, de la fièvre, de la courbature, accompagnées d'une violente céphalalgie. Sous l'influence d'un vomitif, d'un purgatif et de sangsues appliquées aux tempes, la céphalalgie disparaît, mais les autres symptômes prennent plus d'intensité ; il survient même un trouble passager dans les idées. Depuis le cinquième jour jusqu'au dixième, délire ; serrement spasmodique des mâchoires ; de tems en tems le délire disparaît passagèrement,

et alors le malade se plaint d'avoir des éblouissemens.

Le onzième jour : un lavement purgatif détermine d'abondantes évacuations, mais aussitôt après, état comateux ; yeux saillans et injectés ; soubresauts continuels des tendons ; roideur tétanique des membres plus ou moins forte, disparaissant et reparaissant, tantôt dans un membre, tantôt dans un autre, quelquefois dans les deux ; on a la plus grande peine à tirer le malade de son état comateux. — Vésicatoires aux jambes dans la matinée, et le soir, saphènes de trois palettes faites aux deux pieds en même tems ; six sangsues aux tempes ; sinapismes aux pieds.

Le lendemain, douzième jour : mieux marqué ; diminution de la force et de la fréquence des soubresauts ; le malade peut articuler quelques mots. — Bains à vingt degrés et affusion pendant dix minutes, avec l'eau du bain. — Ce moyen rétablit les facultés intellectuelles et diminue la fréquence des soubresauts des tendons, mais peu après le bain, il survient une syncope.

Le treizième jour : nuit calme et paisible, avec sommeil réparateur ; un bain est donné ; le malade s'y évanouit ; le mieux continue ; les soubresauts disparaissent complétement ; la convalescence marche rapidement, et en peu de tems, les forces se rétablissent.

CENT-VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Succès des affusions.

Une fille de douze ans, d'une constitution forte et vigoureuse, d'un tempérament nerveux et très-irritable, exerçait beaucoup ses facultés intellectuelles, ce qui lui procurait souvent de violens maux de tête. Cette céphalalgie prend un jour une plus grande intensité; il s'y joint du malaise, de la courbature, des symptômes gastriques, de l'insomnie, etc. Ces accidens durent trois jours, et sont combattus par un vomitif et des moyens insignifians.

Le cinquième jour : surviennent des lypothimies qui se renouvellent fréquemment, et un délire loquace, plus intense pendant la nuit.

Jusqu'au onzième jour : tous ces symptômes vont en augmentant et s'accompagnent à la fin de tension du ventre, d'assoupissement très-marqué, et d'une très-grande faiblesse du bras droit. — Pendant tout ce tems, les toniques et les stimulans de toute espèce furent mis en usage.

Le onzième jour : examinée par M. Récamier, on reconnut les symptômes suivans : Coucher en supination ; assoupissement ; stupeur profonde ; strabisme ; dilatation extrême des pupilles, au point qu'elles ne laissaient paraître que

l'iris, la malade paraît affectée péniblement par l'impression du plus faible rayon lumineux; abolition de l'ouïe ; rougeur des pommettes ; pouls fréquent et irrégulier; flaccidité des membres qui, abandonnés à eux-mêmes, retombent sans vie et sans mouvement ; trismus. — Les toniques mis jusqu'alors en usage sont abandonnés, on ne donne plus que des boissons adoucissantes, glacées ; on met la malade dans un bain à la température de seize à dix-sept degrés, et pendant qu'elle y est, on lui verse sur la tête de l'eau abaissée jusqu'à dix degrés ; on la laisse souvent dans l'eau pendant une demi-heure, et l'en retirant, on la place dans un lit bassiné. — L'affusion produit sur la malade une vive impression ; la stupeur diminue ; la connaissance revient ; le pouls perd de sa fréquence, mais cette action n'est que momentanée ; les accidens reparaissent et sont combattus par les mêmes moyens avec autant de succès ; il faut y avoir recours plusieurs fois dans la journée ; ce n'est qu'après la sixième affusion que le strabisme et la dilatation des pupilles disparurent.

Le seizième jour, cinquième de l'emploi des affusions, la malade est assez bien pour qu'on lui accorde un peu de vin et de bouillon ; la convalescence se consolide : on continue cependant les affusions jusqu'au vingt-quatrième jour ;

mais trois jours après leur cessation, quelques accidens et de la tendance à l'assoupissement, revenant avec des paroxismes, déterminent à recourir aux moyens qui avaient si bien réussi; un bain est donc administré le matin et le soir jusqu'à la guérison qui ne fut parfaite qu'au trente-sixième jour de la maladie, et le vingt-quatrième de l'emploi des bains dont le nombre s'éleva à quatre-vingt-douze.

(Dr. *Pavet. Dissertation.*)

CENT-VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis. — Affection de la pulpe. — Succès des affusions froides.

Madame ***, âgée de soixante-dix-huit ans, avait eu à soixante-huit ans une attaque d'apoplexie, qui n'avait laissé d'autre trace qu'un peu de déviation de la bouche du côté gauche.

Elle éprouvait depuis quelques jours un peu de douleur du côté droit du cou, lorsqu'elle fut prise, le 9 juin 1813, d'un mal de tête des plus violens, qui s'accompagna bientôt de nausées et de vomissemens que les boissons adoucissantes ne purent calmer.

Le deuxième jour : stupeur; légère difficulté dans la parole; douleur sus-orbitaire et au syncipat; symptômes gastriques. — Vingt grains

d'ipécacuanha dans une potion antispasmodique. — Après l'action du vomitif, stupeur plus marquée; embarras plus grand dans la parole; intelligence faiblement troublée; la langue cesse d'être déviée. — Infusion de menthe; potion avec le quinquina et le camphre; lavement camphré; vésicatoires aux jambes. — Agitation très-vive; dans la nuit, la connaissance commence à se perdre.

Le troisième jour : coma; bouche portée à gauche; perte complète de connaissance; mouvemens automatiques du bras qui se porte à la tête; trismus; chaleur brûlante; respiration grande et libre; pouls très-fréquent foible; à dix heures du matin, la chaleur diminue, et le pouls perd de sa fréquence. — On cesse alors les toniques, et on donne une affusion à vingt-trois degrés, ramenée graduellement jusqu'à seize, et continuée pendant vingt minutes. — Pendant cette affusion : agitation extrême; effort pour sortir de la baignoire; concentration très-marquée du pouls. Remise dans son lit : frisson violent pendant une heure; la chaleur revient ensuite. Le soir, on réitère l'affusion; la malade prononce alors quelques mots insignifians. Après le bain, elle se réchauffe comme la première fois; la nuit est meilleure que la précédente.

Le quatrième jour : point de connaissance.

mais diminution de la fréquence du pouls et de la chaleur; rétention des urines ; nouvelle affusion à laquelle la malade paraît très-sensible ; remise dans son lit et réchauffée, elle recouvre momentanément connaissance ; on lui donne le soir une autre affusion; alors, retour complet et permanent de la connaissance ; la malade parle, mais elle a cependant encore un peu de peine à se faire entendre; pouls naturel; nuit très-bonne.

Le cinquième et le sixième jour : il reste une légère douleur de tête, mais aucun des autres accidens; on continue cependant encore les affusions.

Au septième jour : on donne de la nourriture; on met la malade à l'usage des boissons glacées; ce traitement est suivi jusqu'au quatorzième jour, époque à laquelle elle peut sortir et se promener.

CENT-VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Arachnitis de la base. — Emploi des affusions.

Primeley, âgé de huit ans, doué d'une mémoire heureuse et d'une intelligence peu commune pour son âge, est pris subitement d'une hémiplégie à l'âge de trois ans; cette hémiplégie

paraît avoir été occasionnée par une affection rhumatismale qui tourmentait le malade. Après sa disparition, à l'âge de huit ans, il est pris de vomissemens au milieu de la nuit ; à huit heures du matin, tendance à l'assoupissement ; vomissement ; à neuf heures, état comateux très-prononcé ; nouveaux vomissemens. — Un bain tiède ; un vésicatoire à la nuque. — Violentes convulsions; tension et douleur de l'abdomen; contraction permanente des fléchisseurs. — Saignée à cinq heures du soir. — Coma profond; dilatation extrême des pupilles. — Un bain et une affusion froide sont conseillés, ils procurent un peu de soulagement ; on les réitère plusieurs fois pendant la nuit. — Les pupilles sont alternativement dilatées et contractées.

Le troisième jour : continuation des bains et des affusions, chaque fois que le paroxisme se renouvelle ; la gêne de la respiration, la flexion des membres abdominaux disparaissent, ainsi que la contraction des mains. Trois ou quatre paroxismes reparaissent dans la nuit.

Le quatrième jour : retour de la connaissance ; cessation de la dilatation des pupilles ; persistance de la coloration partielle du visage, et de la tendance à l'assoupissement. — Continuation des bains et des affusions qui provoquent de la dou-

leur au vertex. — Le petit malade est tourmenté par une toux très-forte.

Le cinquième jour : disparition graduelle de tous les accidens ; on continue cependant les bains ; le malade n'est plus tourmenté que par une toux très-violente qui oblige de le mettre à l'usage des adoucissans et des gommeux ; en peu de tems, ces nouveaux accidens disparaissent, et le petit malade recouvre toute la plénitude de sa santé.

CHAPITRE IV.

Inflammation de l'Arachnoïde spinale.

269. Si nous ne voulions point apporter dans la description de l'arachnitis spinale, la même sévérité et la même exactitude que nous nous sommes efforcés de mettre dans celle de l'arachnitis cérébrale, nous pourrions facilement grossir son histoire en citant les opinions émises par quelques anciens médecins et même par plusieurs modernes, sur cette espèce d'inflammation. Beaucoup, en effet, ne considérant que la douleur locale et le trouble du système locomoteur qui caractérisent quelques maladies, et

particulièrement là rage et le tétanos, ont voulu attribuer tous ces symptômes à l'inflammation de l'arachnoïde spinale qu'ils ont rencontrée dans quelques circonstances. Mais comme, en général, les faits multipliés n'ont pas servi de base à leur théorie, que chacun a la sienne particulière, et qu'elle paraît plutôt le fruit de l'imagination ou de quelques rapprochemens ingénieux que celui de la saine observation, nous prenons le parti de n'en pas faire usage. Fidèles à notre plan, et partisans zélés de l'exactitude et de la pure vérité, nous aimons mieux laisser en apparence notre travail moins complet, en éliminant tout ce qui n'est pas positif, pour ne donner que le résultat des faits : s'ils sont peu nombreux, ils n'en ont pas moins de valeur parce qu'ils ont été observés avec soin, recueillis sans prévention, et parce qu'il ne leur manque aucun des détails d'anatomie pathologique, que nous regrettons de ne point trouver dans le petit nombre de ceux que nous ont laissés les auteurs, et que par cela même nous sommes obligés de rejeter.

Par un concours singulier et malheureux de circonstances, nous n'avons pas encore pu rencontrer l'inflammation de l'arachnoïde spinale, bornée à cette seule et unique partie ; toutes les observations qui vont nous servir à tracer son

histoire, nous présentent une inflammation semblable de l'arachnoïde cérébrale, développée tantôt en même tems, tantôt consécutivement, et toutes deux parvenues en général au même degré d'altération. Cette simultanéité de lésion autour de deux organes si différens par leur rapport et par l'importance de leurs fonctions, doit rendre nécessairement le diagnostic plus difficile, et jeter un peu de confusion dans l'ensemble des symptômes. Nous regrettons beaucoup de n'avoir point à notre disposition quelques faits d'inflammation bornée à la seule arachnoïde du rachis, que possèdent quelques-uns de nos confrères ; ils nous auraient été d'une grande utilité dans cette circonstance ; mais comme nous connaissons déjà les symptômes propres à l'arachnitis cérébrale, il nous suffira d'un peu d'attention pour faire l'analyse de tous ceux qu'ont offerts nos malades, et pour reconnaître la différence que peut présenter l'une ou l'autre de ces affections.

Ainsi en passant sous silence les symptômes caractéristiques de l'arachnitis cérébrale que nous retrouvons dans toutes nos observations, et en intervertissant un peu la marche que nous avons suivie jusqu'ici, nous croyons qu'il faut attacher une grande valeur à la contraction des muscles de la partie postérieure du tronc ; cette rigidité peut

varier depuis la simple rigidité musculaire jusqu'à la contraction la plus forte, déterminant alors le renversement de la tête et du tronc en arrière, enfin un véritable opisthotonos absolument semblable à celui qu'on remarque dans le tétanos. Cette contraction ne doit pas être confondue avec celle qu'on voit si souvent dans l'arachnitis cérébrale, lorsque cette arachnitis occupe la base du cerveau; dans cette dernière, la colonne épinière, quoiqu'immobile, reste droite; il n'y a que sa portion cervicale qui se porte quelquefois en arrière, en appuyant alors fortement la tête contre la partie du lit sur laquelle elle repose, au lieu que dans celle que nous signalons, le renversement se fait à l'aide de la totalité de la colonne vertébrale qui forme une espèce d'arc inflexible, ce que nous n'avons jamais vu dans la simple arachnitis cérébrale; on doit donc regarder ce symptôme comme de la plus grande valeur dans le diagnostic de l'arachnitis spinale; mais ce qui lui donne encore plus de prix, c'est qu'il a toujours existé dans les cas où l'arachnoïde cérébrale étant saine, la seule portion de l'arachnoïde spinale se trouvait enflammée. Nous avons déjà dit que nous n'avions pas vu l'arachnitis spinale dans cet état de simplicité; mais nous tenons ces détails de confrères dignes de foi qui, par leur caractère et leurs talens distingués, im-

priment à tout ce qu'il avancent le cachet de l'authenticité. On ne peut donc, en aucune manière, attribuer la courbure de l'épine et l'espèce d'opisthotonos dont nous parlons, à tout autre lésion qu'à celle de l'arachnoïde spinale. (1)

Après la contraction musculaire, nous croyons devoir placer pour l'importance et la valeur, dans le diagnostic de l'arachnitis rachidienne, une douleur dans la région du dos ; autant que nous avons pu en juger par nous-mêmes, que par ce qu'ont vu les autres, cette douleur peut présenter plusieurs degrés d'intensité ; elle part en général de l'endroit où l'inflammation de l'arachnoïde est la plus intense; c'est aussi dans ce point qu'elle est plus violente ; elle offre des rémissions et même de véritables intermittences ; elle peut dans quelques circonstances, rares à la vérité, ne point s'accompagner de contraction musculaire notable ; elle est alors le seul symptôme

(1) Ce qui confirme encore ce que nous venons de dire sur l'influence qu'a l'inflammation de l'arachnoïde spinale sur les muscles de cette région, c'est le renversement de la tête en arrière qu'on retrouve souvent dans l'arachnitis cérébrale ; mais uniquement lorsqu'elle est à la base et dans le voisinage du commencement de la moëlle allongée, comme nous l'avons fait voir lorsque nous avons traité d'une manière spéciale, de l'inflammation de chaque partie de l'arachnoïde, et particulièrement à l'article consacré à l'inflammation de la *base*.

qui puisse faire soupçonner une lésion quelconque dans la cavité du rachis, et mérite, pour cela, la plus sérieuse attention. Nous savons que cette douleur s'est constamment montrée dans tous les cas d'arachnitis bornée au rachis ; plusieurs de nos malades s'en sont plaints et chez eux elle paraissait extrêmement violente; si les autres ne l'ont point accusée, ceci peut tenir au trouble occasionné par l'affection cérébrale. Cette douleur correspond à la céphalalgie que nous avons constamment observée dans l'arachnitis cérébrale, et nous avons tout lieu de croire que plus on y portera d'attention plus on la reconnaîtra, et qu'elle pourra un jour, vu la similitude de tissu, devenir le signe le plus important de l'arachnitis spinale, comme la céphalalgie l'est de l'arachnitis cérébrale.

Nous ne savons pas quelle valeur peut avoir dans le diagnostic de l'arachnitis rachidienne une douleur excessivement vive dans les membres abdominaux, que ressentit un de nos malades.

Nous ne pouvons rien dire sur la durée possible du probable de l'arachnitis spinale, ni sur son mode de terminaison; nos observations particulières ne nous fournissent là-dessus aucune donnée capable de nous éclaircir, puisqu'il est probable que la mort aura été occasionnée autant par la lésion cérébrale que par celle du

rachis. La mort a toujours été la suite des Arachnitis spinales observées par nos confrères.

Nous restons dans la même incertitude sous le rapport des causes particulières plus ou moins susceptibles de déterminer l'arachnitis spinale, sur le sexe qui s'en trouve plus fréquemment affecté, et sur la période de la vie où elle peut être plus commune; tout ce que nous pouvons dire, c'est que nous l'avons observée chez un enfant de trois ans, chez un vieillard de plus de soixante, et sur d'autres individus arrivés à tous les âges intermédiaires.

Il est facile de voir, d'après cet exposé, que le renversement du tronc en arrière et la douleur dans la région de l'épine, sont les seuls symptômes que l'on puisse assigner à l'arachnitis rachidienne; c'est du moins ce que tendent à prouver les faits que nous possédons, ainsi que ceux qui sont dans les mains de plusieurs praticiens.

Le trouble de l'intelligence et les différens autres symptômes cérébraux sont d'autant moins fréquens et d'autant moins développés, que l'arachnitis cérébrale est moins intense; d'où il résulte que l'inflammation de l'arachnoïde spinale ne porte pas sur les fonctions du cerveau et sur les sens, mais bien sur l'appareil locomoteur, tandis que cet appareil n'est affecté qu'en second

lieu dans l'arachnitis cérébrale ; mais comme la coïncidence de ces phlegmasies existe en même tems, la combinaison des divers phénomènes qui les caractérisent, existe aussi simultanément. C'est ainsi que dans l'arachnitis cérébrale, nous avons vu les symptômes qui caractérisent l'inflammation de la convexité, se trouver avec ceux qui sont propres à l'inflammation de la base tant que cette inflammation était générale.

Nous ne dirons rien du traitement de l'arachnitis spinale, qui rentre essentiellement dans celui de l'arachnitis cérébrale; dans l'une comme dans l'autre, c'est aux évacuations sanguines, locales et générales ainsi qu'aux dérivatifs qu'il faut avoir recours, et cela spécialement dans le cours de la première période de la maladie, lorsque les symptômes n'ont point acquis un haut degré d'intensité. L'on se conduira dans l'emploi de ces moyens d'après ce que nous avons indiqué à l'article traitement. (Voyez deuxième chapitre).

Nous ajoutons à ces considérations quelques unes des observations qui nous les ont suggérées; nous nous croirons heureux si elles peuvent déterminer les personnes qui en possèdent de semblables, à les publier, ou si elles éveillent l'attention des observateurs sur un point de la médecine si important, et cependant si obscur et si négligé.

Les observations vingt septième, trente-sixième, quarantième, quarante-unième et cinquantième, offriront encore au lecteur la forme tétanique jointe à une irritation prononcée de l'arachnoïde spinale.

CENT VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la convexité du cerveau.

Léger, François, terrassier, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution athlétique, avait éprouvé beaucoup de fatigues à la démolition du château de Saint-Ouen, près Paris. Exposé à toutes les intempéries de l'air, la pluie avait souvent traversé ses vêtemens.

Dans un des premiers jours de décembre 1816, il fut blessé à la partie antérieure et interne du pied droit, par un clou qui traversa son soulier; il se débarrassa de cette chaussure et continua son travail.

Le 7 décembre, des douleurs se firent sentir au dos.

Le 10 : revenu de son travail, le malade se trouva accablé d'une fatigue extraordinaire. Un léger trismus mettait un obstacle au libre exercice de la mastication.

Le 12 : la colonne vertébrale se fléchissait difficilement; cependant le malade continuait ses

travaux, et pouvait goûter tranquillement les douceurs du sommeil.

Le 13 : la progression devint difficile, ce qui força le malade à se mettre au lit ; il pouvait s'y retourner à volonté, mais les douleurs du dos étaient excessivement vives ; cependant l'appétit durait encore. Pendant la nuit, la roideur du tronc, le trismus augmentèrent, et les douleurs du dos et du cou devinrent si vives qu'elles arrachaient des cris au malade.

Le 14 à midi, entrée à l'Hôtel-Dieu. Contraction forte et continue de tous les muscles de la partie postérieure du tronc ; impossibilité de fléchir la colonne vertébrale ; les mâchoires écartées d'un demi-pouce, ne pouvaient s'éloigner davantage ; sensation d'une constriction très-forte du thorax ; les membres quoique roides, pouvaient se mouvoir avec assez de facilité ; les bords de la piqûre du pied étaient inégaux, grisâtres, peu enflammés ; une incision cruciale donna issue à une certaine quantité de pus ichoreux. — La plaie fut recouverte d'un cataplasme narcotique ; on ordonna une saignée du bras, six grains d'opium et un bain tempéré. — Une sueur générale survint, les douleurs s'accrurent. — Lavement avec l'assa-fœtida une demi-once, laudanum deux gros, camphre deux gros. Un bain de deux heures soulage momentanément le ma-

lade. — Pendant la nuit anxiétés vives; plaintes continuelles.

Le 15 décembre : écartement des mâchoires moindre ; contraction continuelle de tous les muscles du tronc ; membres plus roides ; la respiration fréquente, diaphragmatique, devient de plus en plus stertoreuse ; des mucosités jaunâtres, épaisses, s'écoulent abondamment de la bouche ; les pommettes sont livides ; la langue est violette; le pouls dur, fréquent, développé, régulier ; une sueur abondante et visqueuse couvre toute la surface du corps, mais bientôt elle diminue. Le malade conserva sa raison, et se plaignit des douleurs du dos jusqu'à sa dernière heure qui fut la première après midi.

Ouverture du cadavre. — A la face supérieure du cerveau, l'arachnoïde présentait des plaques rouges irrégulièrement circonscrites ; elle était saine à la base de cet organe, seulement un peu rosée sur la protubérance annulaire et la moëlle allongée. Les ventricules du cerveau contenaient peu de sérosité. Les membranes qui entourent la moëlle de l'épine étaient d'un rouge égal, extrêmement vif dans toute leur étendue, et dans toute leur épaisseur. Les membranes internes des quatre cavités du cœur, des artères et des veines, jusqu'au milieu des membres et même des sinus de la dure-mère, étaient d'un rouge très-

foncé, égal, se perdant insensiblement à mesure qu'elles s'éloignaient du cœur ; le sang contenu dans l'appareil circulatoire, n'était pas coagulé ; le tissu du cœur était sain, beaucoup plus pâle que les membranes internes. Les poumons étaient gorgés de sang ; tous les autres organes étaient sains.

Le pied fut disséqué avec soin ; la piqûre avait à peu près trois lignes de profondeur ; le tissu cellulaire sous-cutané avait suppuré dans l'étendue d'un écu de six francs ; les filets des nerfs plantaires furent suivis aussi loin qu'ils pouvaient l'être ; aucun d'eux n'était lésé ni même en contact avec le tissu cellulaire en suppuration.

(*Dissertation du Dr. Deslandes.*)

270. Il n'est pas nécessaire de commenter cette observation. La douleur constante dans le dos, qui va toujours en augmentant et s'accompagne de gêne dans la progression, la roideur du col et du tronc, forment une série de symptômes assez bien caractérisés et assez distincts de tout ce que nous avons vu jusqu'ici, pour que nous puissions les attribuer à une autre maladie qu'à l'inflammation de l'arachnoïde spinale.

Si l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale ne s'est pas accompagnée de tous les symptômes qui l'expriment ordinairement, cela tient probablement à ce qu'elle était peu intense, et surtout

à l'action dérivative exercée par l'inflammation de l'arachnoïde du rachis, ainsi que par celle du cœur et de tous les gros vaisseaux. Nous avons montré en traitant des complications de l'arachnitis, jusqu'à quel point les phlegmasies qui coïncident avec elle, peuvent voiler ses symptômes. Nous ne nous arrêterons pas sur la lésion de l'appareil circulatoire, quelqu'intérêt qu'elle présente par elle-même ; elle est trop étrangère à notre sujet et donnerait naissance à des considérations qui nous entraîneraient trop loin ; il est probable qu'à elle seule était dû le serrement que le malade éprouva dans la poitrine ; car il est le seul qui nous ait présenté ce symptôme qu'on ne peut raisonnablement attribuer à tout autre cause.

CENT-TRENTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la base du cerveau. — Sérosité dans les ventricules.

Solignac André, âgé de quatorze ans, d'une constitution lymphatique, ayant singulièrement grandi depuis une année, contracta un rhume violent, en se faisant couper les cheveux trop près de la tête.

Quinze jours après l'invasion de ce catarrhe, il fut pris d'une céphalalgie générale très-violente avec fatigue, douleur contusive des mem-

bres et de la plante des pieds, ce qui l'obligea de suspendre ses travaux, mais ne lui ôta pas l'appétit qu'il put satisfaire amplement. Des sinapismes aux pieds, des boissons adoucissantes et rafraichissantes, ramenèrent chez lui le calme et la convalescence.

S'étant donné une violente indigestion, il est pris aussitôt d'une céphalalgie atroce, avec rougeur intense de la face; fièvre considérable; sueur abondante; respiration haute et précipitée; il reste trois jours chez lui sans secours et sans qu'on puisse savoir ce qu'il a éprouvé, et nous est apporté le quatrième dans l'état suivant.

Quatrième jour: coucher sur le dos; tête fortement portée en arrière et à gauche; tronc arqué en arrière ainsi que le col, avec rigidité très-grande et véritable opisthotonos; face rouge exprimant une douleur profonde; paupières entr'ouvertes, ne s'ouvrant que lorsqu'on excite fortement le malade; conjonctives injectées; yeux vifs et cependant sans expression; pupilles dilatées, surtout la droite; elles sont encore contractiles à la lumière; stupeur très-grande, dont on retire cependant le malade en l'excitant fortement; on reconnaît alors que les facultés intellectuelles ne sont pas complétement anéanties; il accuse une céphalalgie violente à l'occiput, et se plaint d'être tour-

menté par des bourdonnemens d'oreilles et des erreurs de vision ; il reconnaît ses parens au son de leur voix, mais cette raison ne dure pas long-tems ; bientôt il tombe dans un état de rêvasseries et dans la stupeur ; flaccidité et véritable paralysie des extrémités inférieures ; même état du bras gauche ; respiration excessivement gênée et fréquente, 41 par minute, ne se faisant que par la seule élévation des côtes ; poitrine sonore dans tous les points ; battemens du cœur, forts et réguliers, ne correspondant point avec ceux du pouls qui est petit, vibrant, à 120 ; bouche et dents sèches ; langue rouge ; abdomen sensible à la pression, laquelle fait grimacer le malade ; exacerbation de tous ces symptômes le soir, avec perte complète de connaissance.

Cinquième jour : stupeur plus prononcée ; abattement plus grand ; continuation de l'opisthotonos ; paralysie complète du bras gauche ; rigidité très-grande du droit ; pupilles dilatées et immobiles ; augmentation de tous les symptômes précédemment décrits, et perte absolue de connaissance. — Les sinapismes et la glace sur la tête restent sans effet. — Vers le soir, le râle survient ; une sueur glutineuse couvre tout le corps ; les yeux se dirigent en haut ; tous les symptômes caractéristiques de l'agonie arrivent successivement, et le malade expire dans la nuit,

en ayant conservé jusqu'au dernier moment la sensibilité que l'on développe en le pinçant fortement ou en appuyant sur l'abdomen.

Ouverture du cadavre. — Pâleur générale de la peau et roideur des membres. Inflammation de la portion de l'arachnoïde située à la base et à la partie postérieure du cerveau, mais principalement en avant de la protubérance annulaire; l'arachnoïde avait en cet endroit plus d'un quart de ligne d'épaisseur et contenait un épanchement de sérosité floconneuse estimé à près d'une once et demie; sa partie antérieure offrait plusieurs plaques épaisses, opaques, jaunâtres, adhérentes avec la dure-mère; les ventricules latéraux contenaient deux onces de sérosité. Le cerveau était flasque; le cervelet ramolli à son éminence vermiculaire et aux prolongemens cérébelleux. Le canal rachidien ouvert dans toute son étendue, et la dure-mère incisée, on put voir cette membrane rougie sur tous ses points, et l'arachnoïde qui recouvre la moëlle épinière, enflammée dans l'étendue de six à sept pouces, considérablement épaissie et recouverte dans ce point d'une exsudation couenneuse; cette partie enflammée était bien séparée de celle de la cavité du crâne; le canal rachidien contenait en outre une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Quelques tubercules étaient dans les poumons.

Le péritoine qui adhère au foie, était enflammé.

271. Sans parler de la dilation des pupilles, du renversement de la tête en arrière, de la stupeur et des autres accidens caractéristiques de l'inflammation de l'arachnoïde de la base, sans parler non plus de la rigidité et de la paralysie des membres qui pourraient indiquer ici une lésion de la pulpe cérébrale, nous n'insisterons que sur l'opisthotonos que nous n'avons jamais vu d'une manière aussi tranchée que chez ce sujet; ce symptôme coïncidant avec l'inflammation très-vive d'une portion de l'arachnoïde de l'épine, séparée de la portion également enflammée qui recouvre le cerveau, par une autre portion parfaitement saine, nous paraît d'une grande valeur, et nous fait regarder cette observation comme une des plus curieuses et des plus concluantes que nous puissions offrir.

CENT TRENTE-UNIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la base et de la convexité du cerveau. — Sérosité lactescente dans les ventricules.

Marie, couturière, âgée de vingt-huit ans, mère de quatre enfans, est vivement affectée de quelques propos outrageans qui lui sont adres-

sés ; les règles alors au milieu de leur cours se suppriment, et Marie est prise aussitôt d'un violent frisson qui dure vingt-quatre heures.

Le lendemain, chaleur vive ; soif ardente ; serrement à la gorge ; boule hystérique très-prononcée.

Le troisième jour : vomissemens bilieux ; toutes les boissons, mêmes les plus douces, sont rejetées.

Le quatrième jour : nouveaux vomissemens ; disparition complète des symptômes hystériques ; la malade entre le soir à la Charité, et présente le lendemain matin l'état suivant :

Le cinquième jour : face très-rouge ; yeux brillans et animés ; cou gonflé ; tête renversée en arrière, fléchie latéralement, ne pouvant sans de grandes douleurs être ramenée en avant ; une douleur continuelle se propage tout le long de la colonne vertébrale, depuis le grand trou occipital jusqu'au sacrum ; le moindre mouvement l'exaspère au point d'arracher des cris à la malade ; elle n'est point augmentée par la pression ; la respiration est gênée et haletante ; le pouls vif et fréquent ; la peau chaude et sèche ; la langue dans l'état naturel ; le ventre souple et indolent ; depuis quatre jours, il n'y a pas eu de selle. — Quinze sangsues à l'anus ; lavement purgatif ; pédiluves sinapisés ; boissons mucilagi-

neuses; frictions sur l'épine avec un liniment calmant.

Le sixième jour : diminution des douleurs. — On applique un vésicatoire à la nuque, et vingt-quatre sangsues derrière chaque oreille.

Le septième jour : sommeil agité; sensibilité de la tête et du dos exaltée; roideur tétanique de la nuque et du tronc; face pâle, exprimant la douleur; respiration plus pénible que les jours précédens; pouls conservant la même fréquence. — Saignée du bras; vésicatoire au sacrum; sinapismes aux jambes; lavement avec l'assa-fœtida. — Trois minutes après la saignée, le sang était couvert d'une couenne épaisse, à bords relevés, franchement inflammatoire. Au bout d'une heure, l'état de la malade avait subi une amélioration sensible; la face avait une expression plus naturelle; l'anxiété générale était moindre; la respiration plus libre; la peau, qui jusqu'alors avait été sèche, se couvre de sueur : ce changement favorable engage à réitérer la saignée.

Le huitième jour : le mieux se soutient; il survient toutefois pendant la nuit, un peu de délire. — Même traitement; une nouvelle saignée. — On fait sécher les vésicatoires.

Le neuvième jour : le sang de la dernière saignée offre le même aspect inflammatoire que

celui des deux premiers jours, mais l'ensemble de la malade est moins satisfaisant; douleur de la tête et du dos plus vive; face grippée; traits fortement altérés; regard incertain; réponses lentes et pénibles. — Vingt-quatre sangsues en forme de cordon sur chaque côté de la colonne vertébrale; lavement avec deux onces d'huile de ricin. — A quatre heures du soir, Marie ne répond plus aux questions qui lui sont adressées; sueur abondante; gémissemens continuels; soubresauts; pouls petit, fréquent; respiration courte.

Le dixième jour: sueur froide et visqueuse sur la face; yeux éteints, insensibles à toute expression extérieure; on ne peut exciter aucun mouvement, soit en pinçant, soit en tordant la peau; carphologie; soubresauts des tendons tellement multipliés, qu'ils empêchent de sentir le pouls; trismus violent; mort à midi.

Ouverture du cadavre. — Le canal rachidien ouvert dans toute son étendue, et la dure-mère incisée, on trouve une couche de matière blanchâtre, opaque, membraniforme, étendue sur le rachis depuis le grand trou occipital jusqu'au sacrum; en la pressant avec le doigt, on fait refluer dans le crâne un liquide trouble mêlé de grumeaux albumineux; en grattant avec le scalpel sur cette couche membraniforme, l'ins-

trument glisse et n'enlève rien, ce qui semble annoncer l'existence d'une membrane au-dessus de cette couche : la dissection ne tarde point à la démontrer. En détachant l'arachnoïde de la surface interne de la dure-mère, on parvient à voir que la membrane diaphane qui recouvre la couche purulente n'en est qu'une continuation; c'est évidemment la portion de l'arachnoïde qui dans l'état ordinaire tapisse la pie-mère, et qui en est ici séparée par une couche purulente : ici donc, le pus se trouve exhalé, non dans la cavité même de la membrane séreuse, mais à la surface externe de cette membrane, dans le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère.

Sur le cerveau, l'arachnoïde et la pie-mère sont fortement injectées vers la scissure de Sylvius. Du côté droit, existe une concrétion albumineuse, pareille à celle qui remplit le canal vertébral; on en trouve une autre plus épaisse, à la surface externe de l'hémisphère droit, près de la grande scissure inter-lobulaire. Des concrétions semblables aux précédentes existent au-dessous de la tente du cervelet, surtout dans le voisinage de l'éminence vermiculaire supérieure; enfin, on en trouve une plus grande quantité que partout ailleurs, entre la face inférieure du cervelet et la base du crâne. Les

ventricules latéraux et le troisième ventricule, sont fortement distendus par une grande quantité de sérosité lactescente. Les organes de la poitrine et de l'abdomen sont sains.

(*Recueillie par M. Andral.*)

272. Nous n'avons rien trouvé jusqu'ici, de plus tranché et de plus caractéristique que cette observation; il suffit de la lire pour reconnaître dans son auteur, les talens les plus distingués pour l'observation. Est-ce l'impression morale vive que nous avons cru devoir ranger parmi les causes de l'arachnitis, qui a déterminé celle-ci? Est-elle due plutôt à la suppression des règles? Peu nous importe dans ce moment: il nous suffit seulement de voir une lésion aussi considérable de l'arachnoïde rachidienne, coïncider d'une manière aussi tranchée et aussi constante, avec le renversement en arrière du cou et du tronc, et accompagnée d'une douleur excessivement vive dans ces parties, pour que nous devions attribuer à ces deux symptômes une importance toute particulière.

Le mode de traitement suivi chez la malade dont nous nous occupons, nous paraît un véritable modèle; ceci ne surprendra pas, quand on saura qu'elle était confiée aux soins de M. l'Herminier.

CENT TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la convexité des hémisphères cérébraux. — Sérosité abondante dans les ventricules.

Cotier, soldat du trente-deuxième régiment de ligne, venait d'être guéri de la gale à l'hôpital Saint-Louis, lorsque le 8 mai 1814, après un excès de vin et d'eau-de-vie, il s'endormit pendant une grande partie de la journée, dans une cour très-exposée au soleil; on le porta dans la salle vers le soir, et au rapport de ses camarades, il passa la nuit dans une extrême agitation; il sortit plusieurs fois de son lit en poussant des cris aigus et inarticulés.

Le deuxième jour, au matin, il présenta l'état suivant : céphalalgie générale; clignotement continuel des paupières; les yeux ne paraissent supporter la lumière qu'avec peine; l'ouïe semble également éprouver la plus vive exaltation; langue rouge et sèche; nausées; gêne de la déglutition; épigastre douloureux à la pression; chaleur vive de la peau; respiration haute et suspirieuse; pouls petit, fréquent; gêne très-marquée dans les mouvemens du cou et du tronc. — Emulsion; saignée du pied et du bras; elles ne fournissent que très-peu de sang, quoique les veines aient

été largement ouvertes. — Vers le soir : somnolence lorsque le malade est livré à lui-même ; mais dès qu'on le touche, agitation très-vive ; efforts pour sortir du lit ; cris aigus ; convulsions des muscles de la face ; propos vagues et difficulté extrême de répondre aux questions qu'on lui fait. — Douze sangsues au cou.

Le troisième jour : face rouge et animée ; regard fixe ; pupilles dilatées et immobiles ; conjonctives injectées ; larmes involontaires ; contraction et roideur des muscles érecteurs du cou et du tronc ; décubitus opiniâtre sur le côté gauche ; impossibilité de proférer une seule parole ; diarrhée ; excrétion involontaire de l'urine. — Douze sangsues à l'anus ; vésicatoires aux jambes.

Le quatrième jour : augmentation sensible de l'état tétanique des muscles postérieurs du cou et du tronc ; soubresauts des tendons ; pupilles très-dilatées et insensibles à la plus vive lumière ; yeux fixes et immobiles ; œdême érysipélateux du côté gauche de la face ; respiration courte embarrassée ; pouls fréquent, roide, intermittent ; en peu de tems, tous ces symptômes s'aggravent considérablement, et le malade expire à trois heures après midi.

Ouverture du cadavre. — Vaisseaux de la dure-mère gorgés d'un sang noir et coagulé.

L'arachnoïde était le siége d'une inflammation pour ainsi dire générale ; elle était rouge, épaisse, injectée sur la convexité des hémisphères, ainsi qu'à la face inférieure du cerveau ; elle était en outre couverte d'une exsudation séro-purulente très-considérable, et tellement abondante au côté gauche, qu'elle formait une couche épaisse entre les deux faces contiguës de l'arachnoïde. Vers ce même côté, et près de la partie correspondante à la face coronale, on remarquait un léger épanchement de sang ; la pie-mère offrait aussi, en cet endroit, une infiltration assez marquée. La substance médullaire du cerveau avait une couleur rosée, et présentait une multitude de points rouges et sanguinolens ; du reste, cette substance était assez ferme. Les ventricules latéraux contenaient six à sept onces de sérosité jaunâtre ; le gauche en contenait plus que le droit. En poursuivant les recherches jusque dans le canal vertébral, on trouva des traces également évidentes, de cette terrible phlegmasie ; l'arachnoïde spinale était enflammée et très-épaissie dans tout son trajet ; l'exsudation séro-purulente, répandue sur tous ces points, était surtout fort abondante vers la partie inférieure du canal.

(Dr. *Biett, dissertation.*)

273. Dans ce fait, remarquable par l'intensité de l'inflammation de l'arachnoïde des hémis-

phères cérébraux, nous ne retrouvons pas la douleur, le long de la colonne vertébrale, symptôme que nous ont offert les deux malades précédens; mais nous en trouvons la raison dans le trouble de l'intelligence qui exista dès le début chez ce dernier, et qui ne lui permit pas d'accuser la douleur du dos. Relativement à ce sujet, nous remarquerons que la douleur le long de la colonne vertébrale étant beaucoup moins fréquente que la céphalalgie, et les médecins ayant l'habitude de fixer leur attention vers ce seul symptôme dans les phlegmasies de l'arachnoïde, il en résulte qu'à moins que cette douleur ne soit excessivement forte, les malades ne s'en plaignent pas, surtout lorsqu'ils se trouvent déjà dans un état d'agitation et d'effervescence, comme cela s'observait chez Cotier.

CENT TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la convexité et de la base du cerveau. — Sérosité dans le ventricule gauche. — Carie des vertèbres du dos.

Une femme de quarante ans, portant depuis plusieurs mois une gibbosité à la partie inférieure du dos, éprouvait depuis huit jours de la céphalalgie, de l'inappétance, de l'insomnie, une impossibilité complète de se tenir debout, lors-

qu'elle fut prise tout-à-coup des symptômes les plus alarmans dont nous allons offrir le tableau, et qui durèrent deux jours avant qu'elle se fît transporter à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Récamier.

Le huitième jour depuis l'invasion, et le troisième depuis les grands accidens, elle était dans l'état suivant :

Décubitus sur le dos ; stupeur prononcée ; face rouge, ainsi que les pommettes qui sont même violacées ; yeux presque fermés, dirigés en haut et toujours recouverts par les paupières ; ils ne sont point injectés ; pupilles dilatées, se dilatant encore davantage à la lumière, la droite plus que la gauche ; roideur tétanique très-considérable du tronc et du cou ; tête inclinée à gauche, et fortement portée en arrière ; rigidité musculaire du bras gauche qui se laisse cependant étendre, mais revient bientôt à sa première contraction ; cette roideur n'existe pas dans le bras droit dont les mouvemens sont parfaitement libres ; dans l'un et l'autre, on observe des soubresauts des tendons, mais ils sont beaucoup plus marqués à droite ; le pouce et l'index sont agités de mouvemens convulsifs ; langue nette, mais sèche; déglutition presque impossible ; abdomen sensible à la pression ; vessie distendue, et s'élevant jusqu'à l'ombilic ; respiration libre,

aisée ; poitrine sonore ; mouvemens du cœur naturels ; point de battemens apparens des carotides ; pouls régulier, peu vibrant, assez dépressible ; les sens paraissent sourds à toutes les impressions ; la malade ne donne de signes de sensibilité que lorsqu'on la pince fortement. — Large vésicatoire à la nuque ; quinquina édulcoré ; pariétaire édulcorée. — Dans l'après-midi, soubresauts moindres ; rigidité des bras et du tronc singulièrement diminuée ; commencement de râle ; respiration précipitée ; affaissement général profond ; injection des conjonctives ; chaleur vive du front ; moiteur générale ; urine sortant par regorgement. Mort à quatre heures du soir.

Ouverture du cadavre. — Rougeur de la dure-mère dans l'étendue des trois quarts de la face supérieure du cerveau ; léger épanchement entr'elle et la voûte osseuse.

Inflammation très-prononcée de toute l'arachnoïde de la face supérieure du cerveau, avec épaississement général et exsudation couenneuse en plusieurs points, surtout vers la protubérance annulaire et le commencement de la moëlle allongée ; on la détache partout avec la plus grande facilité, sans qu'elle se rompe ; elle est parfaitement saine sur le cervelet. Ventricule gauche très-dilaté, contenant une assez grande quan-

cité de sérosité sanguinolente ; toutes les parois de ce ventricule sont ramollies dans toute leur circonférence, à la profondeur d'une ligne et demie ; toute la pulpe cérébrale est très-flasque ; ses vaisseaux sont très-injectés.

Carie profonde des dernières vertèbres dorsales, au point qu'en portant le doigt sur les apophyses transverses, on pénètre jusqu'au canal rachidien ; le pus provenant de la carie s'était réuni dans une espèce de kiste sur les parties latérales de la colonne vertébrale, et par une fusée communiquait avec un autre foyer situé dans le pli de l'aine. Au niveau de la carie, l'arachnoïde spinale était très-enflammée, très-épaisse, recouverte d'une couenne albumineuse, qui diminuait d'épaisseur à mesure qu'on s'éloignait du point principalement lésé.

Les intestins offraient des traces d'une forte inflammation, particulièrement sur plusieurs points qui étaient noirâtres et qui se déchiraient facilement. La muqueuse de la vessie était également très-rouge.

274. La carie des vertèbres a-t-elle été ici la cause déterminante de l'inflammation de l'arachnoïde, au niveau du point qui lui correspond ? Ceci est très-probable, mais cette cause, purement locale, n'a pu agir sur l'arachnoïde du cerveau, qui paraît même avoir été frappée d'in-

flammation avant celle du rachis, et qui a entraîné avec elle les nombreux accidens qui font reconnaître soit son inflammation, soit celle de la pulpe cérébrale. Il est probable que ces derniers désordres auront empêché la malade de ressentir et de faire connaître la douleur qu'elle a dû nécessairement éprouver lorsque l'arachnoïde du rachis s'est enflammée ; nous ne voyons ici que la roideur tétanique du cou et du tronc qui puisse nous la faire soupçonner, car pour nous donner une véritable certitude, il faudrait que ce symptôme fut plus tranché et plus caractérisé; au reste, si l'opisthotonos n'a point été plus marqué, ceci peut tenir à la carie des vertèbres, qui aura empêché le renversement d'être plus complet; cette carie devant aussi déterminer une douleur habituelle dans son voisinage, aura pu empêcher la malade de faire attention à celle que la phlegmasie de l'arachnoïde aura produite.

La carie des vertèbres a-t-elle occasionné ici la paralysie de la vessie? Cette supposition est très-admissible; ce qu'il y a de certain, c'est que cette paralysie s'observe quelquefois dans les affections cérébrales. Si la vessie s'est trouvée rouge et enflammée, cela tient probablement au long séjour que l'urine aura fait dans son intérieur et à la distension prolongée qu'elle aura occasion-

née, ce qui a dû nécessairement l'irriter, et amener à la longue une véritable inflammation.

CENT TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la base, et des ventricules; pus et sérosité abondante dans ces cavités.

Lecoq, Marguerite, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution forte et vigoureuse, entra à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Récamier, le 12 octobre 1816, pour quelques symptômes gastriques, parmi lesquels prédominait une céphalalgie très-intense.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'un accès de fièvre bien caractérisé, avec frisson, vomissemens spontanés très-abondans, suivis d'une chaleur très-vive, et accompagnés d'une forte douleur occupant l'occiput et les côtés du cou. Le soir, tous ces accidens cessèrent, l'apyrexie fut complète.

Jusqu'au neuvième jour, à dater de la première invasion de l'accès, ils se renouvellent exactement tous les deux jours avec les mêmes symptômes, laissant entr'eux un jour d'apyrexie complète; la céphalalgie est le symptôme dominant de chaque accès; on la fait cesser chaque fois comme par enchantement, par une applica-

tion de sangsues au cou. Dans un moment d'apyrexie, on fait prendre sept gros de poudre de quinquina qui est rejetée aussitôt par le vomissement; le cinquième accès fut soulagé par un bain à vingt-deux degrés avec affusions froides.

L'accès du neuvième jour revient avec l'appareil des symptômes ordinaires, et de plus avec des douleurs extrêmement vives dans les membres abdominaux.

Jusqu'au dix-huitième jour, même appareil de symptômes qui suivent régulièrement la même marche ; la rougeur de la face, l'assoupissement, la dureté du pouls, et d'autres symptômes de pléthore qui se renouvellent à chaque accès et qui indiquent le besoin de la saignée, la font réitérer trois fois, avec un soulagement marqué à chaque fois qu'elle est faite.

Du dix-huitième au vingt-quatrième jour : même type dans les accès. — On donne d'abord un vomitif qui procure une forte épigastralgie qui ne cède qu'à une application de douze sangsues sur le lieu douloureux ; plusieurs lavemens fortement chargés de quinquina sont administrés sans succès. — Les dents, la langue et les lèvres se sèchent; le pouls diminue de force et de fréquence.

Le vingt-quatrième jour : il y eut pendant tout l'accès un délire bien caractérisé. A dater de ce

jour, les accès se rapprochèrent tellement, qu'il n'y eût plus entr'eux d'intervalle; la fièvre devint continue avec des exacerbations fréquentes. Pendant tout ce tems, les yeux furent égarés, les facultés intellectuelles ne s'exercèrent qu'avec une excessive lenteur; la malade resta plongée dans un état continuel d'assoupissement; on l'en retirait cependant avec facilité; elle se plaignait alors d'une douleur très-vive dans les bras et les jambes, et d'une céphalalgie atroce, siégeant principalement dans les fosses temporales.

Jusqu'au vingt-neuvième jour, l'assoupissement augmenta peu-à-peu; les lavemens de quinquina furent continués et ne firent qu'aggraver les accidens. Ce même jour, les facultés intellectuelles se perdirent entièrement; l'assoupissement se convertit en coma; la prostration devint extrême; les yeux tournés en haut et à moitié couverts par les paupières furent affectés d'un double strabisme, et la mort arriva le trentième jour au matin.

Il est à remarquer que pendant tout le cours de cette maladie, la douleur du cou dont nous avons parlé au premier accès, se conserva toujours au même degré.

Ouverture du cadavre. — L'arachnoïde qui tapisse la protubérance annulaire, le cervelet et la moëlle allongée, était opaque et très-épaissie;

entr'elle et la pie-mère existait une quantité assez considérable de pus; cet épanchement purulent et l'altération de l'arachnoïde existaient au même degré, sur toute l'étendue de la moëlle rachidienne.

Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties ; beaucoup de sérosité distendait les ventricules latéraux qui contenaient à leur partie la plus déclive une assez grande quantité de pus verdâtre et homogène ; le quatrième ventricule en était rempli ; l'arachnoïde qui les tapisse était opaque et épaissie.

(Dr. *Deslandes. Dissertation.*)

275. Nous avons déjà vu dans plusieurs des observations précédentes, une douleur très-vive fixée dans le lieu où se trouvait la partie enflammée ; nous retrouvons ici cette douleur, non pas d'une manière passagère, mais persistant pendant tout le cours de la maladie, vu la conservation de l'intelligence ; elle nous paraît digne d'une grande attention, pour le parti qu'on en pourra tirer un jour dans le diagnostic de l'arachnitis spinale, car elle est le seul phénomène particulier qui se soit fait remarquer ici et qui ait pu la faire soupçonner.

Nous observerons encore un autre genre de symptômes, que nous n'avons point encore rencontré ; ce sont des douleurs extrêmement vives

dans les extrémités inférieures, qui se renouvellent depuis le neuvième jour jusqu'au vingt-huitième, et dont la malade se plaint constamment à chaque accès, tant qu'elle conserve sa raison; la persistance de ce symptôme pendant un tems aussi long, nous paraît très-remarquable; mais comme nous ne l'avons jamais observé que chez Marguerite, nous ne savons pas encore la valeur qu'il faut lui attribuer.

Le succès constant qu'on a obtenu par le moyen de la saignée qui faisait disparaître, comme par enchantement la céphalalgie, toutes les fois qu'elle fut pratiquée durant les accès, mérite une sérieuse attention; il indique d'abord l'action véritable de la saignée dans l'arachnitis, et prouve bien que c'est sur elle qu'il faut principalement compter, parmi les nombreux moyens qu'on lui oppose ordinairement; il peut encore servir à mettre sur la voie pour découvrir la véritable nature d'une affection intermittente, et savoir si elle est due à ce qu'on a jusqu'ici entendu par fièvre pernicieuse que l'on combat si énergiquement par le quinquina, ou si elle n'appartient qu'à une inflammation cérébrale. Dans un cas incertain, lorsqu'on a quelque sujet de soupçonner quelque chose du côté du cerveau, qui empêcherait de faire une ou deux saignées exploratives pour sonder en quelque sorte

la nature du terrain, et voir quelles sont les armes dont il convient de se servir?

Le mauvais effet du quinquina que l'estomac rejette constamment, et qui exaspère tous les accidens, sous quelque forme qu'on l'administre, mérite encore une grande attention. Dans le cas de fièvre intermittente pernicieuse avec des symptômes céphaliques, ce non succès du quinquina n'indiquerait-il pas la véritable nature de la fièvre, et ne serait-il pas imprudent d'en continuer obstinément l'emploi, après deux ou trois essais infructueux? Nous abandonnons ces réflexions à la sagacité de nos lecteurs, nous souhaitons seulement qu'elles attirent l'attention des médecins praticiens, sur des faits analogues à ceux que nous leur fournissons.

Nous ferons remarquer en passant, l'action du vomitif, donné ici intempestivement au dix-huitième jour de la maladie. Les accidens qui en résultent nous fournissent la preuve de la différence extrême qui existe, entre une affection gastrique véritable et une autre qui n'est que symptomatique, et combien les émétiques peuvent être dangereux dans cette dernière circonstance, puisqu'ils occasionnèrent ici une véritable gastrite qui ne céda qu'à une application de sangsues.

CENT TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale légère. — Sérosité dans le canal vertébral. — Arachnitis de la convexité des hémisphères.

Pichonet, André-Louis, tailleur, âgé de seize ans, d'une assez faible constitution, éprouvait depuis plusieurs jours un torticoli, lorsque le 25 août, après s'être promené pendant toute une journée avec ses camarades, il rentra chez son père, se plaignant d'un violent mal de tête. Un médecin fut appelé, qui croyant reconnaître un embarras gastrique, prescrivit un vomitif qui détermina des évacuations copieuses par haut et par bas. Le lendemain, les mêmes symptômes continuant, un second émétique fut ordonné et procura des évacuations comme la première fois; malgré ces moyens, les premiers symptômes persistèrent; il s'y joignit un renversement de la tête en arrière, quelque gêne dans la déglutition et du délire; on opposa en vain à ces symptômes une saignée de deux palettes; enfin, les accidens faisaient à chaque instant de nouveaux progrès, le malade fut transporté à l'Hôtel-Dieu, le 4 septembre 1817; il était alors dans l'état suivant :

Face pâle; yeux un peu fixes; décubitus sur le

dos; tête renversée en arrière, ne pouvant être fléchie ; la colonne vertébrale participant à cette roideur tétanique, on pouvait enlever le tronc tout d'une pièce, et sans qu'il se fléchit. La stupeur profonde où est plongé le malade, l'empêche de répondre aux questions qu'on lui fait ; il entend cependant, car il tire la langue lorsqu'on le lui demande ; on voit alors qu'elle est sèche et rouge à sa pointe ; point de tension du ventre ni de douleur à cette partie, pas même en y exerçant une forte pression ; pouls petit, fréquent ; respiration assez libre, peau sèche et brûlante. — Limonade.

Le cinquième jour : insomnie, pendant toute la nuit ; même état que la veille. — Infusion de camomille ; julep avec douze grains de camphre ; un bain tiède ; deux sinapismes aux jambes. — Malgré tous ces moyens, il survient le soir un violent paroxisme.

Le sixième et le septième jour : même état, sauf le ventre qui devient un peu douloureux à la pression ; le malade ne peut avaler aucun médicament. — On lui applique six sangsues à l'anus, des sinapismes aux membres inférieurs ; on lui fait des fomentations sur l'abdomen avec l'eau-de-vie camphrée ; il suce souvent des tranches de citron.

Le huitième jour : la langue perd de sa rou-

geur et de sa sécheresse, mais les autres symptômes continuent avec la même intensité. — Eau de veau avec tamarin ; fomentation sur le ventre ; sinapismes aux pieds ; glace sur la tête. — Cette application de la glace reveille le malade, mais momentanément; les symptômes restent les mêmes.

Le neuvième jour : même état.

Le dixième jour : augmentation de tous les symptômes décrits au quatrième jour; face violette ; respiration ne se faisant qu'à de longs intervalles, et malgré cela, pouls toujours fort. Mort à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre. — Taches violettes, recouvrant toute l'étendue du dos. Teinte rougeâtre de toute l'arachnoïde de la face supérieure du cerveau, offrant çà et là des traces d'un rouge plus foncé; pie-mère épaissie, injectée, infiltrée d'une sérosité sanguinolente, se détachant facilement du cerveau qui est un peu ramolli, mais ne présente aucun foyer dans sa substance. Injection et épaississement marqué de l'arachnoïde des ventricules.

Dure-mère et arachnoïde rachidienne dans l'état naturel; moëlle épiniére ramollie ; vaisseaux qui la recouvrent bien dessinés ; sérosité assez abondante dans la partie inférieure du canal vertébral. Muqueuse du larynx, surtout

celle qui s'étend de l'épiglotte aux cartilages arythénoïdes, rouge et épaissie; légère ulcération qui avait même dénudé le cartilage arythénoïde droit. Poumon droit hépatisé à son lobe supérieur; le gauche sain ainsi que le cœur; bronches un peu rouges à leur intérieur. Muqueuse de l'estomac rouge, surtout vers la grande courbure; duodénum et jéjunum sains; iléum recouvert de plaques rouges à l'extérieur, lesquelles répondent à de pareilles plaques existant sur la muqueuse. Quelques ulcérations commençantes sur la valvule iléo-cécale. Cœcum fort injecté à son intérieur; les ganglions mésentériques forment une espèce de chapelet le long du bord de l'intestin; ils sont rouges à leur surface et à leur intérieur. La bile est diffluente. La vessie est petite, revenue sur elle-même, et offre une assez grande épaisseur dans ses parois.

(*Observation communiquée par le docteur Pâtissier.*)

276. Le torticoli qui est relaté dans cette observation, ne serait-il pas plutôt une douleur plus profonde, dépendante d'un commencement d'inflammation dans le canal vertébral, que ce qu'on entend par torticoli? Le malade aura-t-il bien défini l'espèce de sensation qu'il éprouvait, et assigné son siége fixe et précis? Nous ne pouvons rien assurer à cet égard; nous ne pouvons avoir que des présomptions qui ac-

quèrent cependant quelque valeur, lorsqu'on sait que cette douleur a co-existé avec un renversement complet de la tête et du tronc en arrière, que nous avons déjà vu chez plusieurs malades, et que nous retrouverons encore d'une manière bien plus tranchée chez plusieurs autres, où ce renversement a été accompagné pendant tout le cours de la maladie, d'une douleur très-vive dans la région de la partie affectée.

On n'a point trouvé, il est vrai, d'inflammation bien marquée de l'arachnoïde spinale; mais à quoi attribuer l'injection des vaisseaux rachidiens, et l'accumulation d'une quantité de sérosité dans le canal vertébral, si ce n'est à une irritation quelconque de la membrane qui le tapisse? Répugne-t-il à la raison de croire que la péripneumonie, l'angine, la gastrite, l'entérite, et jusqu'à un certain point l'arachnitis cérébrale, toutes affections secondaires, auront agi dans ce cas comme dérivatifs, et auront fait disparaître la rougeur, seul signe auquel on puisse reconnaître dans ce cas une inflammation.

Sans chercher quelle action a pu avoir ici le ramollissement de la pulpe rachidienne, nous négligeons les considérations que pourrait nous suggérer la série des complications que nous y trouvons. Quant aux explications que nous ve-

nons de donner, nous sommes les premiers à les regarder comme un peu hasardées, et nous n'y attachons pas une grande conséquence; cependant, en comparant cette observation à la suivante qui lui sert de pendant, nos suppositions acquèrent quelques probabilités.

CENT TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Exhalation sanguine dans le canal vertébral. — Arachnitis de la convexité des hémisphères.

Foulon, âgé de trente-et-un ans, du département de la Côte-d'Or, fort et sanguin, habitait Paris depuis dix-huit mois. Un ans après son arrivée, il contracte un bubon vénérien, pour lequel il est obligé de rester deux mois et demi à l'hospice du faubourg Saint-Jacques. Pendant son séjour dans cet hôpital, il éprouve une salivation abondante et du dévoiement accompagné de coliques considérables; il survient plusieurs accès de fièvre erratique. Sorti de l'hôpital, bien guéri de l'affection vénérienne, il ne peut recouvrer sa santé première, son appétit ne revient pas, ses digestions sont longues, sa bouche mauvaise, il vomit souvent ses alimens, et quand il ne vomit pas, il éprouve des coliques très-fortes; à ces symptômes, se joignent un dévoie-

ment considérable et un catarrhe pulmonaire qu'il contracte en couchant sur la terre.

Entré dans les salles de M. Récamier, le 23 juillet 1811, il y reste pendant quelques jours dans le même état, toussant et crachant beaucoup, ayant la respiration fréquente et gênée, mais point de fièvre.

Le 25 juillet : à ces symptômes se joint une agitation très-grande qui continue les deux jours suivans, et s'accompagne successivement de chaleur à la peau, de petitesse et de fréquence du pouls, d'inexactitude dans les réponses, d'injection des conjonctives, de fixité dans le regard, et d'une somnolence continuelle. — L'ipécacuanha lui est administré. — Le soir du même jour, les pupilles se resserrent extrêmement; la peau devient froide; le pouls petit et fréquent; la respiration difficile et excessivement lente (cinq par minute); la langue rougit et se sèche; le regard devient fixe et l'œil scintillant.

Le 29 : tout cet appareil de symptômes prend plus d'intensité; il survient en outre un renversement complet de la tête en arrière; la colonne vertébrale la suit dans ce mouvement, et se courbe en arc d'une manière très-forte; l'immobilité devient complète; la connaissance se perd entièrement, ainsi que la sensibilité de tout le côté droit. — Des ventouses scarifiées au-

tour de la base du crâne, des sinapismes aux genoux, un lavement laxatif, n'apportent aucun soulagement. Le malade expire à onze heures du soir.

Ouverture du cadavre. — Cerveau et cervelet généralement flasques et moux, mais sans ramollissement partiel à leur intérieur.

Epaississement et opacité de l'arachnoïde cérébrale, dans une grande partie de son étendue; dans les endroits où cette opacité n'a pas lieu, la membrane est simplement rouge et injectée. — Point d'épanchement dans aucune des cavités. — Exhalation sanguine remplissant le canal rachidien; l'arachnoïde qui le tapisse est couverte d'une multitude de petites plaques minces, de consistances cartilagineuses, lisses au-dehors, hérissées de petits points au-dedans; la plus grande de ces plaques peut avoir une ligne de diamètre; la membrane elle-même ne paraît point altérée non plus que la moëlle épinière.

Rougeur de la muqueuse des bronches et de celle des intestins grèles.

(*Communiquée par M. Récamier.*)

277. La plupart des réflexions que nous avons placées à la suite de l'observation précédente, sont encore applicables à celle-ci.

A quoi attribuer le renversement du col et de toute la colonne vertébrale, puisque l'arachnoïde

n'a point paru altérée? Nous ne pouvons faire ici qu'une supposition, c'est que l'inflammation rachidienne, survenue vers la fin de la maladie n'a pas eu le tems de laisser des traces sensibles; nous n'avons point ici, comme dans l'observation précédente, de nombreuses complications, pour admettre une dérivation; mais d'autre part, ce qui nous donne la certitude de l'existence d'une vive irritation de l'arachnoïde spinale, c'est l'exhalation sanguine qui remplissoit le canal rachidien, exhalation qui n'a pu se faire sans une lésion de cette membrane, lésion qui, si elle n'est pas elle-même une inflammation, doit s'en rapprocher beaucoup.

Quant aux plaques cartilagineuses, elles n'ont point été examinées avec assez d'attention, et elles ne sont point accompagnées des détails qu'exigent les descriptions d'anatomie pathologique, pour que nous puissions avoir sur elles des idées fixes. Existaient-elles depuis long-tems? Reconnaissaient-elles pour cause le virus vénérien? Quel rôle ont-elles joué dans la production de l'exhalation sanguine du rachis, etc etc.? Nous n'essayerons pas de résoudre ces questions.

Nous ne dirons rien non plus des symptômes cérébraux qui s'expliquent très-bien par l'altération que nous présente l'arachnoïde cérébrale.

CENT TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la convexité des hémisphères.

Un homme de soixante-et-un ans, fut apporté à l'Hôtel-Dieu pour une péripneumonie qui n'offrait rien de remarquable, et qui, suivant toutes les apparences, devait se terminer d'une manière heureuse, lorsqu'au onzième jour il devint triste, morose, comme hébêté; on remarqua en même tems des absences de mémoire, et un défaut d'harmonie dans toutes les sensations.

Le deuxième jour, depuis l'invasion de ces nouveaux symptômes, et le quatorzième depuis celle de la pneumonie : perte complète de connaissance; paupières habituellement fermées; dilatation des deux pupilles; strabisme de l'œil droit; spasmes continuels des muscles des membres, alternant avec un relâchement si complet, qu'il pouvait presque caractériser une paralysie; contraction très-forte de ceux de la colonne vertébrale, elle ne mérite pas la dénomination d'opisthotonos, mais elle est permanente; la face devient rouge comme violette, la sensibilité s'abolit entièrement; cet état persiste pendant deux jours, et se termine par la mort, qui n'est précédée ni accompagnée d'aucun accident particulier.

Ouverture du cadavre. — Inflammation générale de l'arachnoïde; exsudation purulente entr'elle et la pie-mère, à la surface du cerveau, du cervelet et de la moëlle rachidienne, particulièrement vers la région dorsale. — Un liquide absolument semblable remplit les ventricules latéraux. — Vers la partie postérieure, inférieure et latérale du ventricule droit du cerveau, se trouve un petit tubercule. — Double péripneumonie. Ramollissement du cœur et de tous les muscles.

CENT-TRENTE-SEPTIÈME (*bis*) OBSERVATION.

Arachnitis spinale. — Arachnitis de la convexité du cerveau.

Le nommé L***., âgé de cinquante ans, s'étant toujours bien porté, fut pris de frissons et de fièvre, qui s'accompagnèrent bientôt de céphalalgie légère et de symptômes gastriques, suivis eux-mêmes de vomissemens bilieux assez abondans.

Pendant plusieurs jours les frissons revinrent à différentes reprises dans la journée, mais d'une manière fort irrégulière, occasionnant un malaise continuel et un état de morosité insupportable pour tous ceux qui approchaient le malade; il se plaignait de douleurs dans la poitrine et toussai beaucoup.

Le dixième jour à dater de l'instant où la santé avait été altérée, la céphalalgie qui jusqu'alors avait été très-supportable, prit tout-à-coup un grand degré d'intensité ; le malade s'en plaignait continuellement et jetait même des cris aigus lorsqu'il se remuait ; on ne savait pas pour quelle raison il rapportait alors toute la douleur au dos.

Le onzième jour, le malade perdit tout-à-coup connaissance ; il survint du délire ; les pupilles se dilatèrent considérablement ; la respiration devint plus gênée ; la toux plus forte ; un commencement de roideur se fit remarquer dans la totalité de la colonne épinière. — Le traitement fut nul et insignifiant.

Le douzième et le treizième jour, tous ces symptômes prirent un degré plus grand d'intensité, la contraction des muscles de l'épine détermina un opisthotonos assez léger à la vérité, mais cependant facile à reconnaître ; l'assoupissement dans lequel le malade était plongé depuis deux jours se convertit en véritable coma, et la mort survint le lendemain matin.

Ouverture du cadavre. — Inflammation générale de l'arachnoïde tant cérébrale que spinale, avec couche de matière puriforme étendue à toute sa surface ; sérosité purulente et floconneuse épanchée dans les ventricules latéraux,

et particulièrement accumulée vers l'origine de la queue de cheval — Inflammation de la muqueuse des bronches, qui se trouve recouverte dans toute son étendue, d'une fausse membrane semblable à celle qu'on retrouve dans le croup.

Rien de remarquable ailleurs.

278. De cette masse de faits assurément très-concluans et qui ne laissent rien à désirer, qui ne serait tenté de croire que dans tous les cas où les mêmes symptômes se présentent, on doit trouver sur l'arachnoïde spinale des altérations semblables? cela cependant, n'arrive pas quelquefois, et tout semble nous prouver que le tétanos peut être dans certains cas, essentiel et indépendant de toute phlegmasie rachidienne. Les deux observations suivantes, recueillies en même tems et avec autant de soin que les précédentes, prouveront ce que nous avançons.

CENT-TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Tétanos simulant une phlegmasie rachidienne, sans lésions de l'arachnoïde spinale.

Une femme nommée Roux, âgée de soixante-deux ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais éprouvé la moindre affection vers l'encéphale, fait une chute vers le milieu d'avril 1817; d'après son rapport, il paraît que la colonne vertébrale et la tête en éprouvè-

rent un choc assez violent, et qu'à l'instant de la chute elle perdit connaissance. Depuis cette époque jusqu'au 29 août, jour de l'invasion des grands accidens, la région occipitale et la colonne vertébrale, furent constamment le siége d'une douleur assez vive.

Le 29 août, premier jour : commencement de roideur dans les membres ; les mâchoires se serrent, leur mouvement provoque de la douleur.

Troisième jour : forte contraction des membres supérieurs, particulièrement de ceux du côté droit ; roideur considérable du col et du tronc ; mastication et déglutition difficiles ; la gorge, la région occipitale, la colonne épinière, sont douloureuses ; ventre dur et tendu ; les mouvemens volontaires s'exécutent librement ; resserrement de la pupille gauche ; intégrité des facultés intellectuelles ; commissure des lèvres nullement déviée ; langue sèche et rouge ; bouche amère ; de tems en tems envies de vomir ; chaleur vive de la peau ; pouls fréquent peu résistant. — Une saignée ; un bain ; lavement purgatif ; sulfate de soude dans la boisson. — Agitation très-vive pendant la nuit ; douleur dans les membres ; point de délire.

Quatrième jour : trismus complet, ce qui rend la parole fort difficile ; augmentation de la roideur du bras gauche, et cependant les mouve-

mens y sont faciles; les yeux deviennent chassieux; même état du reste. — Lavement avec laudanum, dix gouttes; autre lavement purgatif; boisson comme la veille. — Agitation la nuit, douleur dans les jambes.

Cinquième jour : augmentation du trismus; chaleur naturelle ; même état du reste. — Lavement purgatif des peintres. — Le soir, fièvre très-forte.

Sixième jour : point de changement; intégrité des facultés intellectuelles. — Quarante sangsues le long de la colonne vertébrale.

Septième jour : mort.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau et ses membranes examinées avec le plus grand soin, ne présentaient pas la moindre altération. — Il en était de même de la moëlle épinière ; sa substance et ses membranes, n'offrirent rien de particulier, si ce n'est quelques gouttes de sérosité limpide, et quelques vaisseaux variqueux vers la queue de cheval. Les organes des autres cavités étaient tous parfaitement sains.

279. Nous voyons réunis, dans cette observation, tous les symptômes que nous avons trouvés dans les précédentes, et que nous considérons, comme devant caractériser dans le plus grand nombre des cas, l'arachnitis rachidienne; c'est une chute sur l'occiput et la colonne épi-

nière qui détermine la maladie ; elle est représentée pendant tout son cours, par une douleur vive dans la colonne vertébrale et la région occipitale, par une roideur considérable du col et du tronc ; rien ne semble en apparence plus caractéristique. Si on en excepte l'absence du délire, et une marche particulière, qui n'est pas celle d'une maladie cérébrale, nous y retrouvons encore plusieurs symptômes qui appartiennent à ces sortes d'affections, comme le resserrement d'une pupille, la roideur des membres, le trismus, etc.; et cependant, ni les membranes du cerveau, ni celles de l'épine, examinées avec d'autant plus de soin qu'on était persuadé d'y rencontrer quelque inflammation, n'en présentèrent pas la plus légère trace ; il ne faut pas faire attention à quelques gouttes de sérosité qui se trouvent dans la cavité de l'arachnoïde spinale, ni à l'injection de quelques vaisseaux de la queue de cheval, ce qui se rencontre chez la plupart des cadavres et ne signifie absolument rien.

Nous sommes donc réduits à recourir au trouble et à l'ébranlement du système nerveux pour expliquer les accidens tétaniques que présenta cette malade, explication assurément très-peu satisfaisante, mais dont nous sommes obligés de nous contenter, faute de meilleure.

CENT-TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Tétanos simulant une phlegmasie rachidienne, avec épanchement séreux.

Pion, âgé de vingt-un ans, né à Argenteuil près Paris, d'un tempérament sanguin et athlétique, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix ans, époque à laquelle il fut affecté d'une fièvre qui dura neuf mois. Lors de son entrée à l'hôpital, il habitait Paris depuis trois mois ; pendant les deux premiers, son occupation fut de battre du blé, travail fatiguant, pendant lequel il éprouvait de fréquentes transitions du chaud au froid ; depuis quinze jours il travaillait chez un jardinier, passait même souvent les nuits exposé au froid ; fréquemment aussi, se trouvant fatigué, il se couchait sur le gazon humide.

Huit jours à-peu-près avant son entrée à l'hôpital, Pion fut pris de vives douleurs au dos, et en même tems les muscles postérieurs du tronc se contractant spasmodiquement, produisirent un opisthotonos assez marqué. Enfin, lorsqu'il fut reçu à l'Hôtel-Dieu, le 3 mai 1817, il y avait dix jours qu'il avait le trismus.

Le 4 mai, neuvième jour : coucher en supination ; renversement de la tête en arrière, impossibilité de la fléchir et d'écarter les mâchoires de plus d'une ligne ; douleur vive entre

les épaules ; le plus souvent l'abdomen était tendu par la contraction des muscles qui entrent dans la composition de ses parois, quelquefois cependant il était relâché ; face rouge et animée ; pouls plein, vif ; chaleur de la peau à-peu-près naturelle ; respiration libre ; du reste, les autres fonctions s'exécutent comme dans l'état de santé. — Saignée de deux palettes ; tisane d'orge. — La saignée produit un soulagement momentané ; le soir, exacerbation de la douleur qui est insupportable. — Julep calmant ; potion antispamodique avec deux grains d'opium. — Pendant la nuit sommeil calme et de longue durée.

Dixième jour : augmentation des douleurs ; Pion pouvait se lever en saisissant la corde de son lit, mais son tronc était aussi inflexible que s'il n'eût été composé que d'une seule pièce ; la soif était ardente, les yeux brillans, le pouls très-fréquent ; du reste, même état.

Onzième jour : continuation des mêmes symptômes ; constipation. — Deux grains d'opium le matin, autant le soir. — Sommeil assez tranquille pendant la nuit.

Douxième jour : douleur extrêmement vive le long de la colonne vertébrale, la région lombaire exceptée ; le tronc couché en supination était immobile, inflexible ; muscles fortement et continuellement contractés ; la main en sentait toutes

les inégalités ; mâchoires immédiatement appliquées l'une contre l'autre, mais pouvant s'écarter de deux lignes à-peu-près; la main poussée contre les masseters les trouvait à demi-contractés ; les membres, quoique mobiles, étaient cependant assez roides, surtout ceux du côté droit; des douleurs très-vives s'y faisaient sentir, surtout à droite et dans les inférieurs ; elles occupaient aussi les masseters et les temporaux; la face était très-rouge, couverte de sueur ; les yeux brillans, non injectés, la peau chaude, le pouls très-développé, extrêmement dur, sans fréquence, mais irrégulier; soif très-vive; déglutition difficile ; langue chargée, humide ; ventre tendu, indolent; constipation ; poitrine immobile ; respiration abdominale, fréquente, irrégulière. Le moindre bruit, la moindre agitation autour du malade, l'application de la main à la surface du corps, les questions qu'on lui adresse, l'effort même qu'il fait pour y répondre, suffisent pour exaspérer tous les symptômes ; alors la roideur générale augmente, le thorax se soulève, le tronc reste arqué et presse fortement l'occiput sur l'oreiller ; la face déjà très-rouge, rougit encore davantage ; les paupières s'ouvrent largement ; les yeux restent immobiles avec une expression menaçante ; les ailes du nez se dilatent; tous les traits de la face sont fortement tirés en dehors ;

les mâchoires se serrent avec une force extrême ; les lèvres sont fortement appliquées l'une contre l'autre, et leurs angles s'abaissent ; la respiration est très-accélérée et le pouls augmente beaucoup de fréquence. Ces accès durent une ou deux secondes, et se répètent fréquemment ; du reste, les facultés intellectuelles sont libres ; il n'existe ni céphalalgie ni altération des pupilles ; le malade veut boire et manger ; la difficulté d'ouvrir les mâchoires rend l'articulation des sons très-difficile ; la constipation continue. — Lavement laxatif. — La veille on avait mis un vésicatoire à la nuque.

Douzième jour : douleurs rachidiennes moins vives ; les mâchoires peuvent s'écarter un peu plus ; exacerbations moins fréquentes, encore moins la nuit que le jour ; sueur abondante ; nuit bonne ; sommeil paisible. — Valériane ; potion avec laudanum un gros et émétique deux grains ; une saignée le soir.

Treizième jour : les douleurs du col et du dos sont moins vives ; le col est moins roide ; le malade peut tourner sa tête à droite et à gauche ; trismus moindre ; exacerbations moins fréquentes ; jambes moins roides ; face moins rouge, non-couverte de sueur ; pouls dur et fréquent. — Même prescription.

Quatorzième jour : sueur abondante pendant

la nuit; du reste, même état. — Traitement *id.*; le soir une saignée.

Quinzième jour : augmentation du tétanos ; sueur abondante et froide ; traits altérés ; face amaigrie ; enduit noirâtre de la langue ; pouls fréquent ; deux selles. — Prescription *id.* — Délire la nuit.

Seizième jour : pouls très-fréquent ; respiration difficile ; délire tranquille ; plusieurs selles. Mort à cinq heures du soir avec toute sa connaissance.

Ouverture du cadavre. — Roideur générale très-marquée. — Circonvolutions cérébrales aplaties latéralement; vaisseaux de la pie-mère très-peu injectés ; arachnoïde saine non épaissie ; substance cérébrale d'une fermeté médiocre ; deux gros environ de sérosité dans les ventricules ; quatre onces à-peu-près à la base du crâne, provenant en partie du canal rachidien. — Prolongement rachidien et ses enveloppes dans l'état naturel. — Poumons et cœur sains. — Injection des vaisseaux sous péritoneaux et adhérences anciennes de plusieurs intestins entr'eux. — Rougeur légère de la muqueuse de l'estomac vers le cordia.

(*Communiquée par le Dr. Deslandes.*)

280. Cette observation, dans laquelle nous ne trouvons pas de symptômes cérébraux comme

dans la précédente, mais qui nous présente d'une manière bien plus tranchée ceux d'un tétanos, mérite une sérieuse attention, tant sous le rapport des symptômes généraux qui l'ont accompagnée, que sous celui des résultats de l'autopsie.

La contraction et la douleur du dos s'accompagnent de rougeur de la face, de fièvre, d'agitation, de soif, et de tout l'appareil des symptômes qui caractérisent une phlegmasie ; les saignées et les antiphlogistiques opèrent un bon effet ; et cependant l'ouverture du cadavre démontre l'intégrité parfaite du prolongement rachidien et de ses membranes.

Nous trouvons ici de la sérosité épanchée en quantité notable, ce que ne nous a point offert le fait précédent ; pouvons nous expliquer sa présence en supposant, comme nous l'avons déjà fait, un travail intérieur analogue à une phlegmasie ? Nous ne sommes point assez avancés pour décider cette question, qui, du reste, ne doit point nous occuper ici. Sans décider si ce tétanos a été une maladie purement nerveuse, ou s'il est dû à une irritation de la séreuse spinale, nous citons cette observation comme curieuse et comme ayant plusieurs points de contact avec l'arachnitis rachidienne.

CENT-QUARANTIÈME OBSERVATION.

Affection rhumatismale offrant quelque ressemblance avec l'arachnitis spinale.

Benoit, âgé de soixante-quatre ans, cordonnier, ayant été long-tems militaire, quitta le service avec une santé très-détériorée, pour une affection rhumatismale intense et un tremblement habituel qu'il y avait contracté.

En novembre 1816, il est pris tout-à-coup d'éblouissemens, d'étourdissemens; il veut manger, mais il vomit ce qu'il a pris ; bientôt après, frissons ; céphalalgie vive ; douleur au côté droit du thorax ; difficulté de respirer ; toux ; crachats sanguins. On veut lui faire une saignée, il s'y oppose ; on applique un vésicatoire au bras. Ces symptômes persistent pendant trois jours, et alors il s'y joint une roideur du col qui fait en même tems éprouver beaucoup de douleurs et de tintemens d'oreilles ; les symptômes de la phlegmasie du poumon diminuent en peu de jours, mais ne disparaissent pas entièrement ; la douleur et la roideur du col persistent au même degré ainsi que les tintemens d'oreilles ; bientôt la sensibilité des yeux s'exalte au point que le malade ne peut plus supporter la lumière. Ces symptômes duraient depuis deux mois, lorsqu'il perdit

tout-à-coup l'usage du bras droit qui lui fit éprouver en même tems de violentes douleurs ; trois semaines après ce dernier accident, il entra à l'Hôtel-Dieu ; ce fut alors que nous l'examinâmes.

Céphalalgie très-vive, occupant le pourtour du crâne ; col roide ; tête un peu renversée en arrière ; douleur très-vive le long de toutes les vertèbres cervicales, qui augmente par le mouvement ; roideur du bras droit qui est presque entièrement paralysé, et exécute à peine quelques légers mouvemens ; la peau de ce bras a perdu toute sa sensibilité, mais on ne peut le remuer sans occasionner les plus vives douleurs ; la sensibilité générale sans être perdue est très-obtuse ; contraction des muscles des cuisses et de ceux de la partie antérieure de l'abdomen ; tremblement continuel des membres inférieurs et du bras gauche qui ont conservé leur mobilité ; tintemens d'oreilles ; lumière difficile à supporter ; percussion de la poitrine douloureuse, le côté gauche est moins sonore que le droit ; pouls roide et serré ; intégrité des facultés intellectuelles. — Huit sangsues sur le côté, et quarante-deux à la nuque et le long de l'épine ; bain à vingt-six degrés ; petit lait ; le soir, sinapismes aux pieds.

Le lendemain, céphalalgie moins forte ; col moins roide, moins douloureux ; mobilité plus

grande dans les bras et les doigts; tintemens d'oreilles moins forts. — Douze sangsues à l'anus; pédiluves sinapisés; lavement laxatif; eau de veau.

Le surlendemain : liberté des mouvemens du col et du bras qui cessent d'être douloureux; le pouls conserve de la roideur. — Douze sangsues à l'occiput.

En peu de jours, les grands accidens disparurent, mais des douleurs très-vives persistèrent encore quelque tems.

281. L'aspect particulier de cette affection rhumatismale, qui lui donne à une certaine époque, quelques points de ressemblance avec une inflammation de l'arachnoïde spinale et même de l'arachnoïde cérébrale, nous a toujours paru curieuse et intéressante, c'est sous ce rapport que nous la publions maintenant, et parce qu'elle pourra servir un jour, à compléter le tableau des affections qui peuvent simuler l'arachnitis rachidienne.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

39

ARTICLE III.

ARTICLE IV.

CHAPITRE III.

ARTICLE PREMIER.

Section première.

Section deuxième.

Section troisième.

ARTICLE II.

ARTICLE III.

ARTICLE IV.

ARTICLE V.

CHAPITRE IV.

FIN.



